



Zamawiający:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118
42-200 Częstochowa

Znak sprawy: DAZ.26.079.2017 r.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

(zwana dalej „SIWZ”)

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na:

**ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH ZADANIA
„INWESTYCJA W INFRASTRUKTURĘ WOJEWODZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE W CELU OSIĄGNIĘCIA PEŁNEJ
FUNKCJONALNOŚCI CENTRUM URAZOWEGO”**

Zamówienie o wartości wyższej niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych



§ 1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Zamawiającym jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
Adres Zamawiającego: ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa
Nr faksu do korespondencji: 34 367 36 74
Telefon: 34 367 36 74
Adres e-mail: szp@data.pl
Adres strony internetowej: www.szpitalparkitka.com.pl.
NIP: 573-22-99-604

§ 2. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 39 i nast. ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm.), zwanej dalej „ustawą PZP”.
2. W zakresie nieuregulowanym niniejszą Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, zwaną dalej „SIWZ”, zastosowanie mają przepisy ustawy PZP.
3. Wartość zamówienia **przekracza** równowartość kwoty określonej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy PZP.

§ 3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem zamówienia jest **zakup sprzętu medycznego w ramach zadania „Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego”**.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został zawarty w [Załączniku Nr 3 do SIWZ](#) (dla Części od nr 1 do nr 16) pn. **Opis Przedmiotu Zamówienia/Parametry Techniczne**.
3. Pozostałe warunki dotyczące realizacji zamówienia zostały określone w [Załączniku Nr 6 do SIWZ](#) - Wzór Umowy.
4. **Zamówienie jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Projektu Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego, w ramach działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego oś priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.**
5. Zamawiający, na podstawie art. 93 ust. 1a ustawy PZP zastrzega możliwość unieważnienia postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia, jeżeli środki pochodzące z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegające zwrotowi środki z pomocy udzielonej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), które Zamawiający zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie całości lub części zamówienia, nie zostały mu przyznane.
6. Ilekroć w niniejszej SIWZ, w zakresie dotyczącym opisu przedmiotu zamówienia w zakresie części, jest mowa o znaku towarowym, patencie lub pochodzeniu, źródle lub szczególnym procesie, który charakteryzuje produkty, o których mowa w art. 29 ust. 3 ustawy PZP, przyjmuje się, że wskazaniu takiemu towarzyszy wyraz „lub równoważne”. Za asortyment równoważny Zamawiający uzna, ten który posiada te lub lepsze od opisanych w SIWZ parametry techniczne i jakościowe, a jego zastosowanie w żaden sposób nie wpłynie na prawidłowe funkcjonowanie zgodnie z przeznaczeniem medycznym. Wykonawca, który powołuje się na rozwiązania równoważne, jest zobowiązany na mocy art. 30 ust. 5 ustawy PZP wykazać, że oferowane przez niego, dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego.
7. Zamawiający **dopuszcza** składanie ofert częściowych. Wykonawca może złożyć ofertę w odniesieniu do jednej, kilku, lub wszystkich części zamówienia.
8. Zamawiający **nie dopuszcza** składania ofert wariantowych.
9. Zamawiający **nie przewiduje** aukcji elektronicznej.
10. Nazwa i kody dotyczące przedmiotu zamówienia określone we Wspólnym Słowniku Zamówień Publicznych (CPV):
Główny kod CPV
33.10.00.00-1 - Urządzenia medyczne.



Dodatkowe kody CPV:

33.11.13.00-4 - Rentgenowskie urządzenia przetwarzające
33.11.22.00-0 - Aparaty ultrasonograficzne
33.12.00.00-7 - Systemy rejestrujące i urządzenia badawcze
33.16.20.00-3 - Urządzenia i przyrządy używane w salach operacyjnych,
33.17.00.00-2 - Aparatura do anestezji i resuscytacji
33.18.62.00-9 - Urządzenia do ogrzewania krwi i płynów
33.19.00.00-8 - Różne urządzenia i produkty medyczne
33.19.20.00-2 - Meble medyczne
33.19.21.20-9 - Łóżka szpitalne
33.19.22.00-4 - Stoły medyczne
33.19.22.30-3 - Stoły operacyjne
33.19.41.10-0 - Pompy infuzyjne
33.19.50.00-3 - System monitorowania pacjentów
33.19.51.00-4 - Monitory
39.14.31.12-4 - Materace
44.61.12.00-8 - Respiratory

§ 4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Wymagany termin wykonania zamówienia: **do 22 grudnia 2017 r.** (dotyczy Części Nr 1, Nr 2, Nr 3, Nr 4, Nr 5, Nr 6, Nr 7, Nr 8, Nr 9, Nr 10, Nr 11, Nr 12, Nr 13, Nr 14, Nr 15, Nr 16).

§ 5. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

1. O udzielenie zamówień mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:
 - 1) nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-23 ustawy PZP oraz ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy PZP,
 - 2) spełniają warunki udziału w postępowaniu dotyczące:
 - a) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów,
 - b) sytuacji ekonomicznej lub finansowej,
 - c) zdolności technicznej lub zawodowej.Zamawiający nie określa warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt. 2) lit. a, b, c SIWZ.
2. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że Wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych Wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze Wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia.
3. Zgodnie z art. 23 ustawy PZP Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia (spółki cywilne/konsorcja). 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. Pełnomocnictwo w formie pisemnej (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez notariusza) należy dołączyć do oferty. Z treści pełnomocnictwa winno wynikać jakich Wykonawców dotyczy, wskazywać ustanowionego Wykonawcę - pełnomocnika oraz czy ustanowiony pełnomocnik jest uprawniony do reprezentowania w postępowaniu czy również do zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Dokument pełnomocnictwa powinien być podpisany przez wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, zgodnie z reprezentacją.
4. Przepisy dotyczące Wykonawcy stosuje się odpowiednio do Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.
5. W przypadku, gdy zostanie wybrana jako najkorzystniejsza oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.
6. **Wszelka korespondencja dokonywana będzie wyłącznie z liderem (pełnomocnik/partner wiodący).**
7. Rozliczenia finansowe dokonywane będą z liderem konsorcjum.



8. Wadium może być wniesione przez każdego z Wykonawców działających wspólnie-według wyboru członków konsorcjum. Ustawa PZP nie obciąża tym obowiązkiem lidera konsorcjum czy pełnomocnika Wykonawców działających wspólnie ani żadnego innego konkretnego członka konsorcjum.
9. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia ponoszą solidarna odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zamówienia, określoną w art. 366 Kodeksu cywilnego.
10. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, żaden z Wykonawców nie może podlegać wykluczeniu z powodu niespełniania warunków o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12-23 oraz ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy PZP.

§ 6. PODSTAWY WYKLUCZENIA WYKONAWCY Z POSTĘPOWANIA:

1. Zamawiający wykluczy z postępowania Wykonawcę w okolicznościach wskazanych w art. 24 ust. 1 pkt. 12-23 ustawy PZP.
2. Zamawiający przewiduje wykluczenie Wykonawcy z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy PZP:
 - 1) w stosunku do którego otwarto likwidację, w zatwierdzonym przez sąd układzie w postępowaniu restrukturyzacyjnym jest przewidziane zaspokojenie wierzycieli przez likwidację jego majątku lub sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 332 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne, (Dz. U. z 2015 r. poz. 978, 1259, 1513, 1830 i 1844) lub którego upadłość ogłoszono, z wyjątkiem Wykonawcy, który po ogłoszeniu upadłości zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego, chyba że sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 366 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2015 r. poz. 233, 978, 1166, 1259 i 1844);
 - 2) który naruszył obowiązki dotyczące płatności podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, co Zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych, z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 15, chyba że Wykonawca dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności.
3. Wykonawca, który podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 13 i 14 oraz 16-20 ustawy PZP lub ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy PZP, może przedstawić dowody na to, że podjęte przez niego środki są wystarczające do wykazania jego rzetelności, w szczególności udowodnić naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem lub przestępstwem skarbowym, zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę lub naprawienie szkody, wyczerpujące wyjaśnienie stanu faktycznego oraz współpracę z organami ścigania oraz podjęcie konkretnych środków technicznych, organizacyjnych i kadrowych, które są odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom lub przestępstwom skarbowym lub nieprawidłowemu postępowaniu Wykonawcy. Przepisu zdania pierwszego nie stosuje się, jeżeli wobec Wykonawcy, będącego podmiotem zbiorowym, orzeczono prawomocnym wyrokiem sądu zakaz ubiegania się o udzielenie zamówienia oraz nie upłynął określony w tym wyroku okres obowiązywania tego zakazu.
4. Wykonawca nie podlega wykluczeniu, jeżeli Zamawiający, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu Wykonawcy, uzna za wystarczające dowody przedstawione w ust. 3.
5. Zamawiający może wykluczyć Wykonawcę na każdym etapie postępowania o udzielenie zamówienia.

§ 7. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH BRAK PODSTAW WYKLUCZENIA:

1. Wraz z ofertą Wykonawca składa aktualne na dzień składania ofert oświadczenie w zakresie wskazanym przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz w niniejszej SIWZ, stanowiące wstępne potwierdzenie, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu i spełnia warunki udziału w postępowaniu.



2. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 1., Wykonawca składa w formie **jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia**, zwanego dalej „JEDZ”. Wzór JEDZ określa rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2016/7 z 5.1.2016 r., ustanawiając standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia (Dz. Urz. UE z 6.1.2016, L 3/16). Rozporządzenie zawiera także Załącznik 1 – Instrukcje, w którym opisano sposób wypełnienia JEDZ.
3. Wszystkie niezbędne informacje dotyczące dokumentu JEDZ znajdują się na stronie Urzędu Zamówień Publicznych pod adresem:
<https://www.uzp.gov.pl/baza-wiedzy/jednolity-europejski-dokument-zamowienia>
4. Wzór JEDZ stanowi [Załącznik Nr 7 do SIWZ](#).
5. Wykonawca jest zobowiązany dokładnie wypełnić JEDZ w zakresie stosownym do wymagań ogłoszenia o zamówieniu i niniejszej SIWZ, następnie wydrukować, podpisać przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentacji Wykonawcy i złożyć wraz z ofertą.
6. Ponadto:
 - 1) W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców, JEDZ składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Dokumenty te potwierdzają 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.
 - 2) Zamawiający w oparciu o przepisy art. 25a ust. 5 ustawy PZP nie żąda, aby Wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu składał JEDZ dotyczące podwykonawców.
7. **Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej 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 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.
8. Jeżeli jest do 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, a jeżeli zachodzą uzasadnione podstawy do uznania, że złożone uprzednio oświadczenia lub dokumenty nie są już aktualne, do złożenia aktualnych oświadczeń lub dokumentów.
9. **Zamawiający przed udzieleniem zamówienia, wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni, terminie aktualnych na dzień złożenia następujących oświadczeń lub dokumentów, potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy PZP.**
10. **W celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy z udziału w postępowaniu na wezwanie Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany jest złożyć następujące oświadczenia i dokumenty:**
 - 1) Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 13, 14 i 21 ustawy PZP, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 - 2) Zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert, lub inny dokument potwierdzający, że Wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem podatkowym w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.



- 3) Zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo inny dokument potwierdzający, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert, lub inny dokument potwierdzający, że Wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
W przypadku spółek cywilnych należy złożyć zaświadczenie z Urzędu Skarbowego oraz z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zarówno na spółkę, jak i na każdego ze wspólników.
 - 4) 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 wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy PZP.
 - 5) Oświadczenia Wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - dokumenty potwierdzające dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.
 - 6) Oświadczenie Wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.
 - 7) Oświadczenie Wykonawcy o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716).
11. UWAGA: Dokumenty potwierdzające brak podstaw do wykluczenia, czyli Dokumenty potwierdzające brak podstaw do wykluczenia, czyli dokumenty o których mowa w § 7 ust. 10 pkt. 1) - 6) będą musieli złożyć na wezwanie Zamawiającego odpowiednio: Wykonawca, (w przypadku składania oferty wspólnej - każdy ze wspólników konsorcjum).
12. **Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w ust. 10:**
- 1) pkt 1 - składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 13, 14 i 21 ustawy PZP;
 - 2) pkt. 2-4 – składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
 - a) nie zalega z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo że zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
 - b) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.
 - 3) Dokumenty, o których mowa w ust. 12 pkt.1) i pkt. 2) lit. b SIWZ, powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. Dokument, o którym mowa w ust. 12 pkt. 2 lit. a SIWZ, powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem tego terminu.
 - 4) 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 ust. 12 pkt. 1) i 2) SIWZ, 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. Przepis ust. 12 pkt. 3) SIWZ stosuje się.



13. **Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której dotyczy dokument wskazany w ust. 10 pkt. 1) SIWZ, składa dokument, o którym mowa w ust. 12 pkt. 1) SIWZ, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 14 i 21. Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Przepis ust. 12 pkt. 3) SIWZ zdanie pierwsze stosuje się.
14. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.
15. **W celu potwierdzenia spełnienia przez oferowane dostawy wymagań określonych przez Zamawiającego, na wezwanie Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany jest złożyć n.w. dokumenty i oświadczenie:**
 - 1) Dokumenty, np. opisy, katalogi, foldery, fotografie, informacje producenta, odpowiednio dla części na którą składana jest oferta, potwierdzające wymagania (parametry) zawarte w kol. 2 w tabeli pn. „Opis Przedmiotu Zamówienia/Parametry Techniczne”, stanowiącej [Załącznik Nr 3 do SIWZ \(dla Części od nr 1 do nr 16\)](#) . Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski. Zamawiający prosi o zaznaczenie której części i której pozycji dotyczy dokument.
 - 2) Oświadczenie przedmiotowe według wzoru stanowiącego [Załącznik Nr 4 do SWZ](#).
Uwaga:
W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia dopuszcza się składanie wspólnego oświadczenia i dokumentów.
16. Jeżeli Wykonawca nie złoży oświadczenia (JEDZ), o którym mowa w art. 25a ust. 1 ustawy PZP, oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy PZP lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez Zamawiającego wątpliwości, Zamawiający wzywa do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielania wyjaśnień w terminie przez siebie wskazanym, chyba, że mimo ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub udzielenia wyjaśnień oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
17. Jeżeli Wykonawca nie złożył wymaganych pełnomocnictw albo złożył wadliwe pełnomocnictwa, Zamawiający wzywa do ich złożenia w terminie przez siebie wskazanym, chyba, że mimo ich złożenia oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
18. Zamawiający wzywa także, w wyznaczonym przez siebie terminie, do złożenia wyjaśnień dotyczących oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy PZP.
19. **Forma przedstawiania dokumentów:**
 - 1) Oświadczenia, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. poz. 1126), zwanym dalej „rozporządzeniem”, dotyczące Wykonawcy i innych podmiotów, na których zdolnościach lub sytuacji polega Wykonawca na zasadach określonych w art. 22a ustawy PZP (*o ile dotyczy*), oraz dotyczące podwykonawców (*o ile dotyczy*), składane są w oryginale.
 - 2) Dokumenty o których mowa w rozporządzeniu inne niż oświadczenia, o których mowa powyżej w ust. 1) SIWZ składane są w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.
 - 3) Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio Wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega Wykonawca, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów, które każdego z nich dotyczą.



- 4) Poświadczenie za zgodność z oryginałem następuje w formie pisemnej.
Poświadczenie za zgodność z oryginałem dokonywane w formie pisemnej powinno być sporządzone w sposób umożliwiający identyfikację podpisu (np. wraz z imienną pieczętką osoby poświadczającej kopię dokumentu za zgodność z oryginałem).
- 5) Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentów, o których mowa w rozporządzeniu, innych niż oświadczeń, wyłącznie wtedy, gdy złożona kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.
- 6) Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

§ 8. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI:

1. Postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
2. Wszelkie zawiadomienia, oświadczenia, wnioski oraz informacje Zamawiający oraz Wykonawcy mogą przekazywać pisemnie, faksem lub drogą elektroniczną, za wyjątkiem oferty, umowy oraz oświadczeń i dokumentów wymienionych w § 7 niniejszej SIWZ (również w przypadku złożonych w wyniku wezwania, o którym mowa w art. 26 ust. 3 i 3a ustawy PZP).
3. W korespondencji kierowanej do Zamawiającego Wykonawca winien posługiwać się numerem sprawy określonym w SIWZ - **Znak sprawy: DAZ.26.079.2017 r.**
4. Zawiadomienia, oświadczenia, wnioski oraz informacje przekazywane przez Wykonawcę pisemnie winny być składane na adres:
**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118
42-200 Częstochowa.**
5. Zawiadomienia, oświadczenia, wnioski oraz informacje przekazywane przez Wykonawcę drogą elektroniczną winny być kierowane na adres: szp@data.pl, lub faksem na nr 32 367-36-74.
Zamawiający prosi o przekazywanie pytań również w wersji edytowalnej (na adres szp@data.pl), gdyż skróci to czas udzielania wyjaśnień.
6. W przypadku gdy Zamawiający lub Wykonawca przekazuje zawiadomienia, oświadczenia, wnioski oraz informacje za faksem lub drogą elektroniczną, każda ze stron, na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
7. W przypadku braku potwierdzenia otrzymania wiadomości przez Wykonawcę, domniemywa się, że pismo wysłane przez Zamawiającego na ostatni znany, podany przez Wykonawcę adres e-mailowy lub numer faksu zostało doręczone w sposób umożliwiający mu zapoznanie się z tym pismem.
8. W sprawach ewentualnych wyjaśnień dotyczących przedmiotu zamówienia należy kontaktować się z **P. Karoliną Mielczarek**, faks (34) 367 31 20, a w sprawie procedury przetargowej z P. Grażyną Kukułą, adres e-mail: szp@data.pl, faks: (34) 367-36-74.
9. Porozumiewanie się Wykonawcy z uprawnionymi pracownikami może odbywać się tylko w godzinach pracy Zamawiającego.

§ 9. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ TREŚCI SIWZ:

1. Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia (dalej: SIWZ) udostępniona jest na stronie internetowej: www.szpitalparkitka.com.pl, od dnia publikacji o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej do upływu terminu składania ofert.
2. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego, z przekazaniem pisemnie, faksem lub drogą elektroniczną wnioskiem o wyjaśnienie treści SIWZ. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 6 dni przed upływem terminu składania ofert - pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert (art. 38 ust. 1 pkt. 1 ustawy PZP). **Ogłoszenie o zamówieniu zostało przekazane do publikacji w Suplemencie do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej w dniu 10.08.2017 r.**



3. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynie po upływie terminu składania wniosku, o którym mowa w ust. 2, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania (art. 38 ust. 1a ustawy PZP). Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w ust. 2 (art. 38 ust. 1b ustawy PZP). **Połowa terminu składania ofert upływa w dniu 31.08.2017 r.**
4. Zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy PZP treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający przekazuje Wykonawcom, którym przekazał SIWZ, bez ujawniania źródła zapytania, a także zamieści na stronie internetowej, na której jest zamieszczona SIWZ.
5. Zamawiający nie przewiduje zwołania wszystkich Wykonawców w celu wyjaśnienia treści SIWZ.
6. Jeżeli w wyniku zmiany treści SIWZ nieprowadzącej do zmiany ogłoszenia o zamówieniu jest niezbędny dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach, Zamawiający, przedłuży termin składania ofert i poinformuje o tym Wykonawców, którym przekazano SIWZ oraz zamieści taką informację na własnej stronie internetowej.

§ 10. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM:

1. Warunkiem udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia jest wniesienie wadium w prawidłowej wysokości dla danej Części ma którą Wykonawca składa ofertę. Kwota wadium dla ofert całkowitych wynosi **6.329,05 zł** a dla ofert częściowych:

Część Nr 1	1.400,00 zł
Część Nr 2	4.500,00 zł
Część Nr 3	1.700,00 zł
Część Nr 4	900,00 zł
Część Nr 5	1.200,00 zł
Część Nr 6	300,00 zł
Część Nr 7	350,00 zł
Część Nr 8	4.000,00 zł
Część Nr 9	500,00 zł
Część Nr 10	200,00 zł
Część Nr 11	1.000,00 zł
Część Nr 12	3000,00 zł
Część Nr 13	500,00 zł
Część Nr 14	300,00 zł
Część Nr 15	500,00 zł
Część Nr 16	600,00 zł

2. Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert.
3. Wadium wnoszone w pieniądzu należy wnieść przelewem na konto:
nr mBANK o/Częstochowa 47 1140 1889 0000 2254 2200 1004.
Skuteczne wniesienie wadium w pieniądzu następuje z chwilą uznania środków pieniężnych na rachunku bankowym Zamawiającego, o którym mowa wyżej, przed upływem terminu składania ofert (tj. przed upływem dnia i godziny wyznaczonej jako ostateczny termin składania ofert).
4. Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:
 - 1) pieniądzu;
 - 2) poręczeniach bankowych, lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo –kredytowej z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;
 - 3) gwarancjach bankowych;
 - 4) gwarancjach ubezpieczeniowych;
 - 5) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt. 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. z 2016 r. poz. 359).
5. Za termin wniesienia wadium uważa się dzień i godzinę wpływu środków na konto Zamawiającego lub złożenie oryginału gwarancji czy poręczenia do Zamawiającego.



6. Wadium wnoszone w formie gwarancji i poręczeń musi spełniać następujące wymogi:
 - 1) być wystawione na **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa**,
 - 2) zawierać w swojej treści oświadczenie gwaranta/poręczyciela, w którym zobowiązuje się on do nieodwołalnej i bezwarunkowej wypłaty kwoty wadium na pierwsze żądanie Zamawiającego zawierające oświadczenie, iż zaszła jedna z przesłanek wymienionych w art. 46 ust. 4a lub 5 ustawy PZP,
 - 3) okres ważności wadium nie może być krótszy niż okres związania ofertą, przy czym pierwszym dniem ważności zobowiązania jest dzień składania ofert.
7. Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli Wykonawca nie wyrazi zgody, o której mowa w art. 85 ust. 2 ustawy PZP na przedłużenie terminu związania ofertą, wadium nie zostanie wniesione lub zostanie wniesione w sposób nieprawidłowy.
8. Wadium w całości winno znajdować się w posiadaniu Zamawiającego do upływu terminu składania ofert.
9. Zamawiając zaleca, aby w przypadku wniesienia wadium w formie:
 - 1) pieniężnej – dokument potwierdzający dokonanie przelewu wadium został załączony do oferty;
 - 2) innej niż pieniądź – oryginał dokumentu został złożony w oddzielnej kopercie, a jego kopia w ofercie.
10. Okoliczności i zasady zwrotu wadium, jego przepadku oraz zasady jego zaliczenia na poczet zabezpieczenia należytego wykonania umowy określa ustawa PZP.

§ 11. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:

1. Wykonawca będzie związany ofertą przez okres **60 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert (art. 85 ust. 5 ustawy PZP).
2. Wykonawca może przedłużyć termin związania ofertą, na czas niezbędny do zawarcia umowy, samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego, z tym, że Zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres nie dłuższy jednak niż 60 dni.
3. Odmowa wyrażenia zgody na przedłużenie terminu związania ofertą nie powoduje utraty wadium.
4. Przedłużenie terminu związania ofertą jest dopuszczalne tylko z jednoczesnym przedłużeniem okresu ważności wadium albo, jeżeli nie jest to możliwe, z wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą. Jeżeli przedłużenie terminu związania ofertą dokonywane jest po wyborze oferty najkorzystniejszej, obowiązek wniesienia nowego wadium lub jego przedłużenia dotyczy jedynie Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza.

§ 12. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Dokumenty, które Wykonawcy muszą złożyć w ofercie:

- 1) Wypełniony i podpisany **Formularz Oferty**, zgodnie z wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).
- 2) Wypełniony i podpisany **Formularz asortymentowo-cenowy**, zgodnie z wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 2 do SIWZ](#) (dot. Części od nr 1 do nr 16), w zależności od części, na które składana jest oferta.
- 3) Wypełnioną i podpisaną tabelę pn. **Opis Przedmiotu Zamówienia/Parametry Techniczne** oferowanego sprzętu, sporządzoną zgodnie z wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 3 do SIWZ](#) (dot. Części od nr 1 do nr 16), w zależności od części, na które składana jest oferta.
- 4) Wypełniony i podpisany, aktualny na dzień składania ofert **Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ)**, dotyczący Wykonawcy albo każdego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie - w celu wykazania braku istnienia wobec danego Wykonawcy podstaw wykluczenia, stanowiący [Załącznik Nr 7 do SIWZ](#).
- 5) Dokument określający zasady reprezentacji oraz osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy (jeżeli nie wynikają one z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę do oferty), a jeżeli Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik- także **pełnomocnictwo**, określające zakres umocowania podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcę.
- 6) Dokument potwierdzający **wniesienie wadium**.



2. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie więcej niż jednej oferty lub złożenie oferty zawierającej propozycje alternatywne spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez Wykonawcę.
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Wykonawca może złożyć ofertę w odniesieniu do jednej, kilku, lub wszystkich części zamówienia.
4. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
5. Oferta musi być sporządzona z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Oferta wraz z załącznikami musi być czytelna.
7. Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez osobę (osoby) upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Upoważnienie do podpisania oferty musi być dołączone do oferty, jeżeli nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę.
8. Jeżeli osoba (osoby) podpisująca ofertę działa na podstawie pełnomocnictwa, pełnomocnictwo to musi w swej treści jednoznacznie wskazywać uprawnienie do podpisania oferty. Pełnomocnictwo to w oryginale lub kopii poświadczonyj za zgodność z oryginałem (kopia pełnomocnictwa powinna być poświadczona notarialnie) musi zostać dołączona do oferty.
9. Oferta wraz z załącznikami musi być sporządzona w języku polskim. Każdy dokument składający się na ofertę sporządzony w innym języku niż język polski winien być złożony wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez Wykonawcę. W razie wątpliwości uznaje się, iż wersja polskojęzyczna jest wersją wiążącą.
10. Dokumenty składające się na ofertę muszą być złożone w oryginale lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę, z zastrzeżeniem ust. 8 powyżej.
11. 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 Wykonawców lub tych podmiotów są poświadczane za zgodność z oryginałem odpowiednio przez Wykonawcę lub te podmioty.
12. Zaleca się, by każda, zawierająca jakąkolwiek treść, strona oferty była podpisana lub parafowana przez Wykonawcę. Każda poprawka w treści oferty, a w szczególności każde przerobienie, przekreślenie, uzupełnienie, nadpisanie, przesłonięcie korektorem, etc. powinny być parafowane przez Wykonawcę.
13. Zaleca się, aby strony oferty były trwale ze sobą połączone i kolejno ponumerowane. W treści oferty winna być umieszczona informacja o ilości stron.
14. Zaleca się przy sporządzaniu oferty skorzystanie z wzorów (formularza oferty, formularzy asortymentowo-cenowych, oświadczeń) przygotowanych przez Zamawiającego. Wykonawca może przedstawić ofertę na swoich formularzach z zastrzeżeniem, że muszą one zawierać wszystkie informacje określone przez Zamawiającego w przygotowanych wzorach.
15. Ofertę należy umieścić w zamkniętym opakowaniu, uniemożliwiającym odczytanie zawartości bez uszkodzenia tego opakowania. Opakowanie winno być oznaczone nazwą (firmą) i adresem Wykonawcy, zaadresowane na adres Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego (ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa) oraz opisane:

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa**

„Oferta przetargowa na zakup sprzętu medycznego w ramach zadania „Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego”.

Nie otwierać przed dniem przed godziną” (wpisać godzinę i datę ostatecznego otwarcia ofert).

Postępowanie: **Znak sprawy: DAZ.26.079.2017 r.**

W przypadku braku ww. danych, Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia mogące wyniknąć z powodu tego braku, np. przypadkowe otwarcie oferty przed wyznaczonym terminem otwarcia ofert, a w przypadku składania oferty pocztą lub pocztą kurierską – jej nieotwarcie w trakcie sesji otwarcia ofert.



16. Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy PZP Wykonawca może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonej oferty pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzaniu zmian przed terminem składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone według takich samych zasad, jak składana oferta tj. w kopercie odpowiednio oznakowanej napisem „ZMIANA”. Koperty oznaczone „ZMIANA” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Wykonawcy, który wprowadził zmiany i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian, zostaną dołączone do oferty.
17. Wykonawca ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad jak wprowadzanie zmian i poprawek z napisem na kopercie „WYCOFANIE”. Koperty oznakowane w ten sposób będą otwierane w pierwszej kolejności po potwierdzeniu poprawności postępowania Wykonawcy oraz zgodności z danymi zamieszczonymi na kopercie wycofywanej oferty. Koperty z ofertami wycofanymi nie będą otwierane.
18. Zamawiający może zwrócić skutecznie wycofaną ofertę Wykonawcy bezpośrednio do rąk osoby przez niego upoważnionej za pokwitowaniem odbioru lub pocztą na adres wskazany we wniosku Wykonawcy, o ile koperta z ofertą w sposób jednoznaczny została oznaczona danymi Wykonawcy.
19. Zamawiający informuje, że zgodnie z art. 96 ust. 3 ustawy PZP, oferty składane w postępowaniu o zamówienie publiczne są jawne i podlegają udostępnieniu od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane, oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:
 - 1) przez tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., Nr 1503 ze zm.), rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności, tzn. zastrzegł składając ofertę, iż nie mogą być one udostępnione oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa,
 - 2) stosowne zastrzeżenie Wykonawca winien złożyć w Formularzu Oferty. W przeciwnym razie cała oferta zostanie ujawniona na życzenie każdego podmiotu. Zamawiający zaleca, aby informacje zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorstwa były przez Wykonawcę złożone w oddzielnej wewnętrznej kopercie z oznakowaniem „tajemnica przedsiębiorstwa”, lub spięte (zszyte) oddzielnie od pozostałych, jawnych elementów oferty.
 - 3) Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy PZP, tj.: nazwy (firmy) oraz jego adresu, a także informacji dotyczących ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w jego ofercie.
20. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
21. Wykonawca wskaże w ofercie tę część zamówienia, której wykonanie powierzy podwykonawcom.

§ 13. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT:

- 1) **Ofertę należy złożyć** w KANCELARII, mieszczącej się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 118, pokój 3.41 (II piętro) **do dnia 21.09.2017 r. do godziny 11:00** i zaadresowanej zgodnie z opisem przedstawionym w § 12 niniejszej SIWZ.
- 2) Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Wykonawcy zgodnie z zasadami określonymi w art. 84 ust. 2 ustawy PZP.
- 3) **Otwarcie ofert** nastąpi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118, w pokoju 3.29, **w dniu 21.09.2017 r. o godzinie 11:15.**
- 4) Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
- 5) Podczas otwarcia ofert Zamawiający poda nazwy (firmy), adresy Wykonawców, informacje dotyczące ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.
- 6) Otwarcie ofert jest jawne, Wykonawcy mogą uczestniczyć w sesji otwarcia ofert.



- 7) Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zamieści na stronie www.szpitalparkitka.com.pl informacje dotyczące:
- kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia,
 - firm oraz adresów Wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie,
 - ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.

§ 14. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA:

- Wykonawca określa cenę realizacji zamówienia poprzez wskazanie w Formularzu Oferty sporządzonym wg wzoru stanowiącego Załącznik Nr 1 do SIWZ łącznej ceny brutto za realizację przedmiotu zamówienia w zaoferowanej części.
- Łączna cena ofertowa brutto musi uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz wzorem umowy określonym w niniejszej SIWZ.
- Cenę oferty należy obliczyć w oparciu o Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący Załącznik Nr 2 do SIWZ (dot. Części od nr 1 do nr 16). Tak obliczoną wartość brutto przedstawiającą cenę brutto za realizację przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego Załącznik Nr 1 do SIWZ.
- Cena oferty powinna być wyrażona w złotych polskich (PLN) z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku i obejmować całkowity koszt wykonania zamówienia.
- Przy obliczaniu ceny oferty należy przyjąć stawkę podatku VAT od towarów i usług właściwą dla przedmiotu zamówienia obowiązującą według stanu prawnego na dzień składania ofert.
- Jeżeli złożona zostanie oferta, której wybór prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru, lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.
- Cena oferty w Formularzu Oferty powinna być podana cyfrowo i słownie.
- Jeżeli zaoferowana cena lub koszt, lub ich istotne części składowe, wydają się rażąco niskie zastosowanie mają przepisy art. 90 ustawy PZP. Obowiązek wykazania, że oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny spoczywa na Wykonawcy.

§ 15. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY WRAZ Z PODANIEM WAG TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT:

Za ofertę najkorzystniejszą spośród ofert niepodlegających odrzuceniu w danej Części zamówienia zostanie uznana oferta przedstawiająca najkorzystniejszy bilans punktów w kryteriach:

Lp.	Nazwa kryterium	Waga [%]	Liczba punktów
1	Cena oferty	60%	60 pkt
2	Długość okresu gwarancji	40%	40 pkt
RAZEM		100%	100 pkt

- Dotyczy Części Nr 1, 2, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.**

- Kryterium: Cena oferty (C) – 60%**

Punkty za kryterium „cena oferty” zostaną obliczone w następujący sposób:

$$C = \frac{C_m}{C_o} \times 100 \times 60\%$$

Gdzie: C - liczba punktów przyznanych w kryterium „Cena oferty”,

C_m - najniższa cena oferty z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu,



C_b - cena oferty badane,

100 - wskaźnik stały.

W kryterium „cena oferty” oferta może otrzymać maksymalnie 60 pkt (%).

2) **Kryterium: Długość okresu gwarancji (G) – 40%**

a) Ocena ofert w kryterium, dokonana zostanie w oparciu o oświadczenie Wykonawcy złożone w Formularzu Oferty. Wykonawca w Formularzu Oferty, musi zaoferować „długość okresu gwarancji” na zaoferowany przedmiot zamówienia”.

b) Punkty za kryterium „długość okresu gwarancji” na zaoferowany przedmiot zamówienia zostaną obliczone w następujący sposób:

$$G = \frac{G_b}{G_{max}} \times 100 \times 40\%$$

Gdzie: G - liczba punktów przyznanych w kryterium „Długość okresu gwarancji”,

G_b - okres gwarancji w ofercie badanej,

G_{max} - najdłuższy okres gwarancji z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu,
100 – wskaźnik stały.

W kryterium „długość okresu gwarancji” oferta może otrzymać maksymalnie 40 pkt. (%).

c) **Zamawiający dokona oceny tego kryterium w zakresie od 12 do 24 miesięcy. Maksymalny okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.**

d) Jeżeli Wykonawca zaoferuje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia dłuższy niż 24 miesiące, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia 24 miesiące i przyzna 40,00 pkt.

e) Jeżeli Wykonawca zadeklaruje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia krótszy niż 12 miesiące lub nie wskaże okresu gwarancji, jego ofert zostanie odrzucona jako niezgodna z SIWZ.

2. **Dotyczy Części Nr 3 I 8**

1) **Kryterium: Cena (C) – 60%**

Punkty za kryterium „cena oferty” zostaną obliczone w następujący sposób:

$$C = \frac{C_m}{C_o} \times 100 \times 60\%$$

Gdzie: C – liczba punktów przyznanych w kryterium „Cena oferty”,

C_m - najniższa cena oferty z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu,

C_b - cena oferty badanej,

100 - wskaźnik stały.

W kryterium „cena oferty” oferta może otrzymać maksymalnie 60 pkt (%).

2) **Kryterium: Długość okresu gwarancji (G) – 40%**

a) Ocena ofert w kryterium, dokonana zostanie w oparciu o oświadczenie Wykonawcy złożone w Formularzu Oferty. Wykonawca w Formularzu Oferty, musi zaoferować „długość okresu gwarancji” na zaoferowany przedmiot zamówienia.

b) Punkty za kryterium „długość okresu gwarancji” na zaoferowany przedmiot zamówienia zostaną obliczone w następujący sposób:

$$G = \frac{G_b}{G_{max}} \times 100 \times 40\%$$

Gdzie: G - liczba punktów przyznanych w kryterium „Długość okresu gwarancji”,

G_b - okres gwarancji w ofercie badanej,



Gmax - najdłuższy okres gwarancji z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu, 100 – wskaźnik stały.

W kryterium „długość okresu gwarancji” oferta może otrzymać maksymalnie 40 pkt. (%).

- c) **Zamawiający dokona oceny tego kryterium w zakresie od 48 do 60 miesięcy. Maksymalny okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia wymagany przez Zamawiającego wynosi 60 miesięcy.**
- d) Jeżeli Wykonawca zaoferuje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia dłuższy niż 60 miesięcy, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia 60 miesięcy i przyzna 40,00 pkt.
- e) Jeżeli Wykonawca zadeklaruje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia krótszy niż 48 miesięcy lub nie wskaże okresu gwarancji, jego ofert zostanie odrzucona jako niezgodna z SIWZ.

3. Dotyczy części 5 i 6

1) Kryterium: **Cena oferty (C) – 60%**

Punkty za kryterium „cena” zostaną obliczone w następujący sposób:

$$C = \frac{C_m}{C_o} \times 100 \times 60\%$$

Gdzie: C – liczba punktów przyznanych w kryterium „Cena oferty”,
Cm - najniższa cena oferty z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu,
Cb - cena oferty badanej,
100 - wskaźnik stały.

W kryterium „cena oferty” oferta może otrzymać maksymalnie 60 pkt (%).

2) Kryterium: **Długość okresu gwarancji (G) – 40%**

- a) Ocena ofert w kryterium, dokonana zostanie w oparciu o oświadczenie Wykonawcy złożone w Formularzu Oferty. Wykonawca w Formularzu Oferty, musi zaoferować „długość okresu gwarancji” na zaoferowany przedmiot zamówienia.
- b) Punkty za kryterium „długość okresu gwarancji” na zaoferowany przedmiot zamówienia zostaną obliczone w następujący sposób:

$$G = \frac{G_b}{G_{max}} \times 100 \times 40\%$$

Gdzie: G- liczba punktów przyznanych w kryterium „Długość okresu gwarancji”,
Gb - okres gwarancji w ofercie badanej,
Gmax - najdłuższy okres gwarancji z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu, 100 – wskaźnik stały.

W kryterium „długość okresu gwarancji” oferta może otrzymać maksymalnie 40 pkt. (%).

- c) **Zamawiający dokona oceny tego kryterium w zakresie od 24 do 36 miesięcy. Maksymalny okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia wymagany przez Zamawiającego wynosi 36 miesięcy.**
- d) Jeżeli Wykonawca zaoferuje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia dłuższy niż 36 miesięcy, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia 36 miesięcy i przyzna 40,00 pkt.
- e) Jeżeli Wykonawca zadeklaruje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia krótszy niż 24 miesiące lub nie wskaże okresu gwarancji, jego ofert zostanie odrzucona jako niezgodna z SIWZ.

4. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z największą liczbą punktów

$$P = C + G$$

Gdzie:

P – suma punktów, jaką uzyskuje badana oferta,

C - liczba punktów przyznanych ofercie ocenianej w kryterium „Cena oferty”

G - liczba punktów przyznanych ofercie ocenianej w kryterium „Długość okresu gwarancji”.

5. Punktacja przyznana ofertom w poszczególnych kryteriach będzie liczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Najwyższa liczba punktów wyznaczy najkorzystniejszą ofertę.
6. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiadać będzie wszystkim wymaganiom określonym w ustawie PZP, oraz w SIWZ i zostanie oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane kryteria wyboru.

§ 16. UDZIELENIE ZAMÓWIENIA:

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w ustawie Prawo zamówień publicznych (dalej ustawa PZP) oraz w niniejszej specyfikacji i została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane w ogłoszeniu o zamówieniu i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia kryteria wyboru.
2. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieści informacje, określone w art. 92 ust. 1 pkt. 1 ustawy PZP (zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty) na własnej stronie internetowej (www.szpitalparkitka.com.pl).
3. Zamawiający zawrze umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminie nie krótszym niż dni 10 od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty faksem lub drogą elektroniczną.
4. Zamawiający może zawrzeć umowę w sprawie zamówienia publicznego przed upływem 10-dniowym terminu w przypadku, o którym mowa w art. 94 ust. 2 ustawy PZP.

§ 17. INFORMACJA O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO:

1. Osoby reprezentujące Wykonawcę przy podpisywaniu umowy powinny posiadać ze sobą dokumenty potwierdzające ich umocowanie do podpisania umowy, o ile umocowanie to nie będzie wynikać z dokumentów załączonych do oferty.
2. W przypadku, gdy zostanie wybrana jako najkorzystniejsza oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Zamawiający może wezwać Wykonawcę do przedłożenia umowy regulującej współpracę Wykonawców.
3. W przypadku, gdy Wykonawca, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejszą, uchyla się od zawarcia umowy, Zamawiający będzie mógł wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzenia ich ponownego badania i ocen chyba, że zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy PZP.

§ 18. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY:

Zamawiający **nie wymaga** wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

§ 19. ISTOTNE DLA STRON POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO TREŚCI ZAWIERANEJ UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO, OGÓLNE WARUNKI UMOWY ALBO WZÓR UMOWY, JEŻELI ZAMAWIAJĄCY WYMAGA OD WYKONAWCY, ABY ZAWARŁ Z NIM UMOWĘ W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO NA TAKICH WARUNKACH:

1. Językiem umowy będzie język polski.
2. Wzór umowy stanowi [Załącznik nr 6 do SIWZ](#).



§ 20. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA:

1. Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy, przysługują środki ochrony prawnej określone w Dziale VI ustawy. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art., 154 pkt. 5 ustawy.
2. Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności Zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której Zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.
3. Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby w formie pisemnej lub w postaci elektronicznej, podpisane bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub równoważnego środka, spełniającego wymagania dla tego rodzaju podpisu.
4. Odwołujący przesyła kopię odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu. Domniemywa się, iż Zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia, jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
5. Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia – jeżeli zostały przesłane w sposób określony w art. 180 ust. 5 zdanie drugie ustawy albo w terminie 15 dni – jeżeli zostały przesłane w inny sposób.
6. Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, a także wobec postanowień Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia na stronie internetowej.
7. Odwołanie wobec czynności innych niż określone w ust. 5 oraz w ust. 6 powyżej wnosi się w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

§ 21. INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA.

1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Wykonawca może złożyć ofertę w odniesieniu do jednej, kilku, lub wszystkich części zamówienia.
2. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
3. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt. 7 ustawy PZP.
4. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
5. Adres poczty elektronicznej oraz strony internetowej Zamawiającego znajdują się w paragrafie 1 niniejszej specyfikacji.
6. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a przyszłymi Wykonawcami zamówienia odbywać się będą w złotych polskich. Zamawiający nie przewiduje rozliczeń w walutach obcych.
7. Zamawiający nie przewiduje aukcji elektronicznej.
8. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
9. Zamawiający nie określa w opisie przedmiotu zamówienia wymagań związane z realizacją zamówienia. o których mowa w art. 29 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych.
10. Zamawiający dopuszcza powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcy. Zamawiający żąda wskazania w ofercie części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy i podania przez Wykonawcę firm podwykonawców .

§ 22. POSTANOWIENIA KOŃCOWE.

1. W sprawach nieuregulowanych w SIWZ mają zastosowanie przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych.
2. W sprawach nie uregulowanych w ustawie Prawo zamówień publicznych, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 459).



§ 23. ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ:

Załącznik Nr 1 - Formularz Oferty.

Załącznik N 2 - Formularze asortymentowo-cenowe (dla Części od nr 1 do nr 16).

Załącznik Nr 3 - Opis Przedmiotu Zamówienia/ Specyfikacja Techniczna (dla Części od nr 1 do nr 16).

Załącznik Nr 4 - Oświadczenie przedmiotowe.

Załącznik Nr 5 - Oświadczenie Wykonawcy o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej.

Załącznik Nr 6 - Wzór umowy.

Załącznik Nr 7 - Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ).

ZATWIERDZAM
Specyfikację Istotnych Warunków Zamówienia
wraz z Załącznikami

w dniu 11.08.2017 r.

p.o. DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY
W CZĘSTOCHOWIE
DR N. MED. JANUSZ KAPUSTECKI

.....
Podpis Kierownika Zamawiającego



ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.79.2017

Dane dotyczące Wykonawcy*:, dnia

Nazwa firmy/imię i nazwisko

Adres

NIP PESEL

numer telefonu

numer faksu i adres e-mail*
na które Zamawiający ma przysyłać korespondencję

W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie niniejszego zamówienia i załączyć do oferty pełnomocnictwo zgodne z art. 23 ust. 2 ustawy PZP.

Dane dotyczące Pełnomocnika (o ile dotyczy)*:

Nazwa firmy/imię i nazwisko

Adres

numer telefonu

numer faksu i adres e-mail
na które Zamawiający ma przysyłać korespondencję

FORMULARZ OFERTY

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118
42-200 Częstochowa

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na zakup sprzętu medycznego w ramach zadania „Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego”, współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Projektu Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego, w ramach działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego oś priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunkach Zamówienia na następujących zasadach:

1) **CZĘŚĆ 1* STÓŁ ZABIEGOWY, STÓŁ OPERACYJNY**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.



Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ... miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego.

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

2) **CZĘŚĆ 2 * – APARAT DO ZNIECZULANIA**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

3) **CZĘŚĆ 3* - KARDIOMONITOR**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **48** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

4) **CZĘŚĆ 4* – DEFIBRYLATOR, DEFIBRYLATOR Z MOŻLIWOŚCIĄ WYKONANIA KARDIOWERSJI I ZEWNĘTRZNEJ SYMULACJI SERCA**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

5) **CZĘŚĆ 5* - POMPA INFUZYJNA**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **24** miesiące.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

6) **CZĘŚĆ 6* - SSAK ELEKTRYCZNY**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym,



Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...*miesiący gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **24** miesiące. *Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.*

7) **CZĘŚĆ 7*- URZĄDZENIE DO AKTYWNEJ RGULACJI TEMPERATURY PACJENTA**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesiący gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesiący. *Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.*

8) **CZĘŚĆ 8*- RESPIRATOR TRANSPORTOWY, RESPIRATOR STACJONARNY, RESPIRATOR Z MOŻLIWOŚCIĄ REGULACJI STĘŻENIA TLENU W ZAKRESIE 21-100%.**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesiący gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **48** miesiący. *Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.*

9) **CZĘŚĆ 9* - URZĄDZENIE DO OGRZEWANIA PŁYNÓW INFUZYJNYCH, MATERAC**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesiący gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesiący. *Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.*

10) **CZĘŚĆ 10*- VIDEOLARYNGOSKOP DO TRUDNEJ INTUBACJI, VIDEOLARYNGOSKOP, ZESTAW DO INTUBACJI (LARYNGOSKOP), ZESTAW DO WENTYLACJI (AMBU)**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaofferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesiący gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesiący. *Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.*

11) **CZĘŚĆ 11*- ŁÓŻKO INTENSYWNEJ TERAPII, ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM, WÓZEK ANESTEZJOLOGICZNY, WÓZEK ZABIEGOWY, WÓZEK REANIMACYJNY**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.



Na zaoferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...).

12) **CZĘŚĆ 12* - RTG RAMIĘ C**

za cenę brutto: zł

(słownie:).

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaoferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”

13) **CZĘŚĆ 13* - DIATERMIA**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaoferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

14) **CZĘŚĆ 14* - NEGATOSKOP CYFROWY**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaoferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

15) **CZĘŚĆ 15* - SPRZĘT DO POMIARU RZUTU SERCA**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaoferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.
Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

16) **CZĘŚĆ 16* - PRZYŁÓŻKOWY APARAT USG**

za cenę brutto: zł

(słownie:),

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem asortymentowo-cenowym.

Na zaoferowany przedmiot zamówienia udzielamy ...* miesięcy gwarancji, liczonej od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego;

(UWAGA*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi **12** miesięcy.



Punktacja za powyższe kryteria zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „Opis kryteriów, którymi, Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty (...)”.

*** -Proszę wypełnić dla Części, których oferta dotyczy- w przypadku Części, na które Wykonawca nie składa oferty, należy Część usunąć.**

2. Do oferty załączamy **oświadczenie** (oświadczenia)* w postaci **Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia**.
3. Oświadczamy, że dokumenty wymienione w § 7 ust. 10 pkt. 1)-6), ust. 12 i 13 oraz ust. 19 pkt. 1-2 SIWZ złożymy na każde żądanie Zamawiającego w terminie przez niego wskazanym i w formie określonej w Rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1126).
4. Oświadczam, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
6. **Wadium** w wysokości zostało wniesione w dniu w formie:
.....
Zwrotu wadium prosimy dokonać na konto:.....

Jesteśmy świadomi, że wniesione przez nas wadium nie podlega zwrotowi w okolicznościach, o których mowa w art. 46 ust. 4a oraz ust. 5 Prawa Zamówień Publicznych.

7. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Oświadczamy, że w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej Zamawiającego informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 (zgodnie z art. 24 ust. 11 Prawa Zamówień publicznych) złożymy oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 Prawa Zamówień Publicznych. Wraz ze złożeniem oświadczenia przedstawimy dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.
9. Zgodnie z art. 36b ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, informujemy, że:
 - * zamierzamy powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:
 - a) wykonanie części dotyczącej
firmie z siedzibą wWartość brutto części zamówienia powierzona podwykonawcy wynosi: zł
lub stanowi% wartości całego zamówienia.

* nie zamierzamy powierzyć podwykonawcom wykonania żadnej części zamówienia.

** Niepotrzebne skreślić*

10. Oświadczamy, że jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem*, małym przedsiębiorstwem*, średnim przedsiębiorstwem*.

** Niepotrzebne skreślić*

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

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna



suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro.

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikro- lub małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro.

Pojęcia zaczerpnięte z zaleceń Komisji Unii Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. dot. definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. U. L 124 z 20.5.2003, s. 36).

11. Oferta składa się z kolejno ponumerowanych stron.

12. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną częścią są:

.....	-	str. oferty
.....	-	str. oferty
.....	-	str. oferty
.....	-	str. oferty

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

*** - niepotrzebne usunąć**

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 1

Przedmiot zamówienia: **STÓŁ ZABIEGOWY, STÓŁ OPERACYJNY.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stół zabiegowy - Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar resuscytacyjno-zabiegowy.	szt.	3					
2.	Stół zabiegowy - Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar terapii natychmiastowej.	szt.	1					
3.	Stół operacyjny - Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	1					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 2

Przedmiot zamówienia: **APARAT DO ZNIECZULANIA.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Aparat do znieczulania - Szpitalny Oddział Ratunkowy – obszar resuscytacyjno - zabiegowy.	szt.	2					
2	Aparat do znieczulania – Szpitalny Oddział Ratunkowy – obszar terapii natychmiastowej.	szt.	1					
3	Aparat do znieczulania – Szpitalny Oddział Ratunkowy – sala operacyjna.	szt.	1					
RAZEN:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 3

Przedmiot zamówienia: **KARDIOMONITOR.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Kardiomonitor - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno-zabiegowy.	szt.	3					
2.	Kardiomonitor - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii.	szt.	2					
3.	Kardiomonitor - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	2					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 4

Przedmiot zamówienia: **DEFIBRYLATOR, DEFIBRYLATOR Z MOŻLIWOŚCIĄ WYKONYWANIA KARDIOWERSJI I ZEWNĘTRZNEJ STYMULACJI SERCA.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Defibrylator - Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar resuscytacyjno-zabiegowy.	szt.	3					
2.	Defibrylator z możliwością wykonywania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	1					
3.	Defibrylator z możliwością wykonywania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca - Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	1					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 5

Przedmiot zamówienia: **POMPA INFUZYJNA.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Pompa infuzyjna - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno -zabiegowy.	szt.	3					
2.	Pompa infuzyjna - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii.	szt.	12					
3.	Pompa infuzyjna - Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	3					
4.	Pompa infuzyjna - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	12					
RAZEM								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 6

Przedmiot zamówienia: **SSAK ELEKTRYCZNY.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Ssak elektryczny - Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar resuscytacyjno -zabiegowy.	szt.	3					
2.	Ssak elektryczny - Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	2					
3.	Ssak elektryczny - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	2					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 7

Przedmiot zamówienia: **URZĄDZENIE DO AKTYWNEJ REGULACJI TEMPERATURY PACJENTA.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno - zabiegowy.	szt.	3					
2.	Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	1					
3.	Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	2					
RAZEM								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 8

Przedmiot zamówienia: **RESPIRATOR TRANSPORTOWY, RESPIRATOR STACJONARNY, RESPIRATOR Z MOŻLIWOŚCIĄ REGULACJI STĘŻENIA TLENU W ZAKRESIE 21-100% .**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Respirator transportowy - Szpitalny Oddział Ratunkowy-obszar resuscytacyjno-zabiegowy.	szt.	2					
2.	Respirator transportowy - Szpitalny Oddział Ratunkowy-sala operacyjna.	szt.	1					
3.	Respirator stacjonarny - Szpitalny Oddział Ratunkowy-obszar resuscytacyjno-zabiegowy.	szt.	1					
4.	Respirator stacjonarny - Szpitalny Oddział Ratunkowy-obszar wstępnej intensywnej terapii.	szt.	2					
5.	Respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100% - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	2					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 9

Przedmiot zamówienia: **URZĄDZENIE DO OGRZEWANIA PŁYNÓW INFUZYJNYCH, MATERAC GRZEWCZY.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno-zabiegowy.	szt.	2					
2.	Urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych - Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	1					
3.	Materac grzewczy - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii.	szt.	2					
RAZEM								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 10

Przedmiot zamówienia: **VIDEOLARYNGOSKOP DO TRUDNEJ INTUBACJI, VIDEOLARYNGOSKOP, ZESTAW DO INTUBACJI (LARYNGOSKOP), ZESTAW DO WENTYLACJI (AMBU).**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Videolaryngoskop do trudnej intubacji - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno-zabiegowy.	szt.	1					
2.	Videolaryngoskop - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	1					
3.	Zestaw do intubacji (laryngoskop) - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii.	szt.	2					
4.	Zestaw do wentylacji (ambu) - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii.	szt.	2					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 11

Przedmiot zamówienia: **ŁÓŻKO INTENSYWNEJ TERAPII, ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWDLEŻYNOWYM, WÓZEK ANESTEZJOLOGICZNY, WÓZEK ZABIEGOWY, WÓZEK REANIMACYJNY.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Łóżko intensywnej terapii Szpitalny Oddział Ratunkowy-obszar wstępnej intensywnej terapii.	szt.	2					
2.	Łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwdleżynowym Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	2					
3.	Wózek anestezjologiczny Szpitalny Oddział Ratunkowy-sala operacyjna.	szt.	1					
4.	Wózek zabiegowy Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	2					
5.	Wózek reanimacyjny Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	1					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 12

Przedmiot zamówienia: **RTG RAMIĘ C.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	RTG ramię C - Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna	szt.	1					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 13

Przedmiot zamówienia: **DIATERMIA.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Diatermia – Szpitalny Oddział Ratunkowy – sala operacyjna.	szt.	1					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 14

Przedmiot zamówienia: **NEGATOSKOP CYFROWY.**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Negatoskop cyfrowy - Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna.	szt.	1					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 15

Przedmiot zamówienia: **SPRZĘT DO POMIARU RZUTU SERCA**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Sprzęt do pomiaru rzutu serca - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	szt.	1					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CZĘŚĆ NR 16

Przedmiot zamówienia: **PRZYŁÓŻKOWY APARAT USG**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	j. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto (zł) (poz.4 x 5)	Stawka podatku VAT (%)	Wartość brutto (zł) (poz. 6+7)	Nazwa przedmiotu zamówienia zgodna z nazewnictwem przedmiotu zamówienia jak na fakturze VAT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Trzyłożkowy aparat USG.	szt.	1					
RAZEM:								

UWAGA: Obliczoną wartość brutto dla całości przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza Oferty, stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego





CZĘŚĆ NR 1

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Stół zabiegowy**: Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar resuscytacyjno - zabiegowy - **3 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Stół zabiegowy** : Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar terapii natychmiastowej - **1szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

lp	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent		
	Kraj pochodzenia		
	Rok produkcji fabrycznie nowe		
	WYMAGANIA PODSTAWOWE		
1.	Długość stołu z blatem : 2050 mm (± 30 mm)	Tak	
2.	Całkowita szerokość blatu : 580 mm (± 30 mm)	Tak	
3.	Regulacja wysokości blatu: 840 do 1020 mm (± 30 mm). Wymiary wysokości dotyczą górnej powierzchni materaca	Tak	
4.	Regulacja oparcia pleców: - 35° do 85° (± 5°)	Tak	
5.	Regulacja podgłówka: - 35° do 55° (± 5°)	Tak	
6.	Przechył Trendelenburga : 25° (± 5°)	Tak	
7.	Przechył anty-Trendelenburga : 10° (± 5°)	Tak	
8.	Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 90° do 10° (± 5°)	Tak	
9.	Zakres regulacji kąta odchylenia podnóżków w płaszczyźnie poziomej: 0° do 180° (± 5°)	Tak	
10.	Regulacja wysokości blatu za pomocą nożnej pompy hydraulicznej	Tak	
11.	Dźwignie pompy po dwóch stronach podstawy, skierowane w stronę podgłówka	Tak	
12.	Regulacja segmentu oparcia pleców, podgłówka, przechyłów wzdłużnych oraz nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	Tak	
13.	Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem dźwigni zwalniania blokad w sprężynach gazowych służących do regulacji oparcia pleców	Tak	
14.	Konstrukcja stołu wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo	Tak	
15.	Stół przejezdny z systemem centralnej blokady kół i kołem kierunkowym	Tak	
16.	Stół z zaciskiem wyrównania potencjałów wraz z przewodem do odprowadzania ładunków elektrostatycznych	Tak	



17.	Błat stołu 4-ro segmentowy: - podłówek płytowy - oparcie pleców - płyta lędźwiowa - 2 szt. podnóżków	Tak	
18.	Błat przenikalny dla promieni RTG, z możliwością zastosowania tac na kasety lub uchwytów do mocowania kaset do zdjęć RTG, co najmniej w segmencie oparcia pleców i siedziska	Tak	
19.	Materace bezszwowe, antystatyczne, wykonane z poliuretanu spienionego. Materac płyty lędźwiowej zdejmowany. Grubość materaca min. 50 mm	Tak	
20.	Wyposażenie stołu : - ramka ekranu ze stali nierdzewnej z korpusem mocującym – 1 szt. - wieszak kroplówki ze stali nierdzewnej z korpusem mocującym – 1 szt. - podpórka ręki z korpusem mocującym – 2 szt.	Tak	
21.	Certyfikat potwierdzający antybakteryjność tworzywa (dołączyć do umowy)	Tak	
22.	Stół dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta	Tak	
23.	Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne	Tak	
WYMAGANIA POZOSTAŁE			
24.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
25.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
26.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak	
27.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
28.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
29.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
30.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
31.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
32.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
33.	Szkolenie personelu technicznego	Tak	
34.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
35.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

dotyczy Części Nr 1

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Stół operacyjny**: Szpitalny Oddział Ratunkowy – sala operacyjna – **1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymagań
	Producent		
	Kraj pochodzenia		
	Rok produkcji fabrycznie nowe		
	WYMAGANIA PODSTAWOWE		
1.	Konfiguracja blatu stołu: – podglówek płytowy na całą szerokość blatu, - oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe), - płyta lędźwiowa, - podnóżki: lewy i prawy. Błat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podglówkiem. Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia. Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem	Tak	
2.	Napęd stołu elektrohydrauliczny. Stół wyposażony w system antykolizyjny uniemożliwiający (w przypadku funkcji przechyłów bocznych i wzdłużnych przy wszystkich segmentach blatu ustawionych w jednej płaszczyźnie) uderzenie blatu stołu o podłogę i spowodowanie zagrożenia życia pacjenta oraz uszkodzenia stołu	Tak	
3.	Długość stołu z blatem: 2050 mm (±20 mm)	Tak	
4.	Całkowita szerokość blatu: 570 mm (± 20 mm)	Tak	
5.	Regulacja wysokości: 720 do 1160 mm (± 20 mm)	Tak	
6.	Regulacja oparcia pleców: - 45 ⁰ do 85 ⁰ (± 5 ⁰)	Tak	
7.	Regulacja podglówka: - 55 ⁰ do 60 ⁰ (± 5 ⁰)	Tak	
8.	Przechyły boczne min. ±30 ⁰ (min. po 30 ⁰ w lewo i prawo)	Tak	
9.	Przechył Trendelenburga min: 40 ⁰	Tak	
10.	Przechył anti-Trendelenburga min. : 40 ⁰	Tak	
11.	Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 90 ⁰ do 30 ⁰ (± 5 ⁰)	Tak	



12.	Przesuw wzdłużny blatu : min. 400 mm realizowany przez napęd elektromechaniczny w celu pełnej współpracy z ramieniem C	Tak	
13.	Regulacja pilotem następujących pozycji: <ul style="list-style-type: none">- regulacja wysokości- regulacja oparcia pleców/regulacja segmentu siedzenia (w zależności od orientacji blatu)- funkcji flex/reflex (po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego, odpowiedniego dla realizowanej funkcji przycisku)- wypiętrzenie klatki piersiowej/wypiętrzenie lędźwiowe (w zależności od orientacji blatu)- przechyły wzdłużne i boczne- pozycji „0” z jednego przycisku- poziomowanie blatu wraz z segmentem oparcia pleców oraz wypiętrzeniem klatki piersiowej- przesuw wzdłużny blatu	Tak	
14.	Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD (o szerokich kątach widzenia). Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji. Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje oraz w przycisk do zmiany orientacji blatu. Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru. Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa -zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz „0”. Klawisz pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych klawiszów. Możliwość podłączenia pilota do stołu od strony nóg lub od strony głowy pacjenta.	Tak	
15.	Zasilanie baterijne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu	Tak	
16.	Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej – powierzchnie matowe	Tak	
17.	Wysoka mobilność stołu dzięki 4 kołom o średnicy min. 120 mm.	Tak	
18.	Centralna blokada kół realizowana poprzez dźwignię nożną umieszczoną w podstawie stołu.	Tak	
19.	Podstawa stołu ze stali nierdzewnej zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu	Tak	
20.	Regulacja podgłówek oraz podnóżków wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	Tak	
21.	Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 z możliwością elektrohydraulicznego wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego z pilota – zarówno wypiętrzenie jak i ponowne poziomowanie blatu („zerowanie” wypiętrzenia) sterowane z pilota.	Tak	
22.	Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C (przesuw min. 400 mm)– przewodnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podgłówek, oparcia pleców i siedziska.	Tak	
23.	Materace o właściwościach antybakteryjnych, bezszwowe, antystatyczne, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej spienionej	Tak	
24.	Dopuszczalne obciążenie dynamiczne stołu: min. 250 kg	Tak	
25.	Dopuszczalne obciążenie statyczne stołu (blat wypoziomowany, centralnie ułożony względem kolumny, ruch góra / dół): min. 350 kg	Tak	



26.	<p>Wyposażenie stołu :</p> <p>1. Przystawka ortopedyczna – 1 szt. - wykonana ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej, mocowana do blatu, wykonująca wraz z blatem przechyły boczne i wzdłużne oraz zmianę wysokości. Umożliwiająca śródoperacyjne monitorowanie ramieniem C i dogodny dostęp chirurga do chorego. Możliwość wyposażenia dodatkowego przystawki do wykonywania specjalistycznych zabiegów.</p> <p>Zakres regulacji wysokości wysięgnika aparatu naciągowego: min. 320 mm, rozstaw pomiędzy wałkiem oporowym, a aparatem naciągowym: min. 500 mm do 1250 mm, wysuw śruby aparatu naciągowego: min. 250 mm, zakres regulacji położenia ramion obrotowych: 180°.</p> <p>Możliwość zmiany długości oraz kąta rozwarcia ramion przystawki.</p> <p>Każde z dwuczęściowych ramion przystawki z dwoma obrotowymi węzłami pozwalającymi na niezależną regulację obu części pojedynczego ramienia w płaszczyźnie prostopadłej do osi węzła.</p> <p>Układ ramion przystawki zapewniający możliwość monitorowania kończyn dolnych pacjenta. Trapezowy blat przystawki montowany w miejsce podnóżków w blacie stołu operacyjnego.</p> <p>Przystawka ortopedyczna wyposażona w:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Uchwyt podpórki do mocowania do przystawki – 1 szt. o buty skórzane dla dorosłych, mocowane do przystawki za pomocą pasów – 1 komplet <p>2. Wózek do transportu przystawki ortopedycznej – 1 szt., wózek wykonany ze stali nierdzewnej</p> <p>3. Podkolanniki do podpierania nóg pacjenta w pozycji leżącej lub siedzącej, z uchwytem mocującym do listwy bocznej stołu – 1 komplet</p> <p>4. Oparcie klatki piersiowej do podpierania pacjenta w pozycji bocznej, z uchwytem mocującym do listwy bocznej stołu – 2 kpl.</p> <p>5. Podpórka ręki do podpierania ręki w pozycji leżącej pacjenta, z możliwością obrotu w płaszczyźnie poziomej, z uchwytem mocującym do listwy bocznej stołu – 2 szt.</p> <p>6. Pas brzuszny do unieruchamiania pacjenta z dwoma nierdzewnymi zaczepami montowanymi na listwach bocznych stołu, pas o szerokości min. 100 mm – 1 szt.</p> <p>7. Ramka ekranu anestetycznego z regulacją wysokości, szerokości oraz obrotu wokół osi pionowej, z uchwytem mocującym do listwy bocznej stołu – 1 szt.</p> <p>8. Wieszak kroplówki do zawieszania pojemników z płynami infuzyjnymi – 1 szt.</p> <p>9. Podpórka do operacji ręki montowana do listwy bocznej stołu, podpórka z materacem o wymiarach min. 400mm x 800mm, podpórka z dwoma wspornikami z regulacją wysokości oraz z kołami z blokadą obrotu – 1 szt.</p> <p>10. Podglówek specjalistyczny z materacem w kształcie podkowy (z pianki poliuretanowej), możliwość regulacji wysokości, pochylecia kąтового oraz położenia wzdłużnego podglówka, podglówek montowany w miejsce standardowego podglówka płytowego (przy pomocy specjalnego adaptera) lub do przystawki do operacji barku.</p> <p>11. Podglówek specjalistyczny składający się z materaca poliuretanowego o wymiarach 70x190x235 mm oraz szkieletu metalowego, wykonanego ze stali nierdzewnej. Konstrukcja podglówka, dzięki dwóm obrotowym węzłom, zapewnia regulację wysokości, pochylecia kąтового oraz odległości od blatu</p> <p>12. Krażek pod głowę o wymiarach \varnothing 200 x 50 cm – 2 szt.</p>	Tak	
27.	Stół dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta	Tak	
28.	Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne	Tak	
29.	Deklaracja Zgodności	Tak	
WYMAGANIA POZOSTAŁE			
30.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
31.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
32.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak	



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



33.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
34.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
35.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
36.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
37.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
38.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
39.	Szkolenie personelu technicznego	Tak	
40.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
41.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 2

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Aparat do znieczulania:** Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar resuscytacyjno - zabiegowy - **2 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Aparat do znieczulania:** Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar terapii natychmiastowej - **1szt.**

Przedmiot zamówienia: **Aparat do znieczulania:** Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna - **1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
	PARAMETRY OGÓLNE		
1.	Zasilanie elektryczne 230 V / 50 Hz	TAK	
2.	Aparat na podstawie jezdnej, hamulce na co najmniej 2 kołach, podać	TAK	
3.	Błat do pisania	TAK	
4.	Błat do pisania wysuwany	TAK	
5.	Minimum jedna szuflada na akcesoria, podać. Możliwe ustawienie w szufladzie butelki z anestetykiem w pozycji pionowej	TAK	
6.	Uchwyty fabryczne do 10L butli O ₂ i N ₂ O	TAK	
7.	Dodatkowe gniazda elektryczne 230 V (minimum 3 gniazda)	TAK	
8.	Zasilanie gazowe (O ₂ , POWIETRZE, N ₂ O) z sieci centralnej, w zestawie węże wysokociśnieniowe o długości 5.0 m	TAK	
9.	Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na minimum 30 minut (akumulator/bateria wbudowane, nie dopuszcza się zewnętrznych źródeł zasilania) podać	TAK	
10.	Reduktory do butli O ₂ i N ₂ O, nakręcane, wyposażone w przyłącza do aparatu	TAK	
11.	Prezentacja ciśnień gazów w sieci centralnej i w butlach rezerwowych na ekranie respiratora	TAK	
12.	Ssak inżektorowy, napędzany powietrzem z sieci centralnej, z regulacją siły ssania, dwa zbiorniki, objętość każdego zbiornika max 1000 ml, ssak zintegrowany z aparatem, przyłącze zasilające ssak w aparacie	TAK	
13.	W dostawie jednorazowe wkłady na wydzielinę – 25 szt., jednorazowe dreny do odsysania – 25 szt.	TAK	
14.	Uchwyt do przynajmniej dwóch parowników mocowanych jednocześnie.	TAK	
	SYSTEM DYSTRYBUCJI GAZÓW		



15.	Precyzyjne, elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenu azotu i powietrza	TAK	
16.	Elektroniczny mieszalnik świeżych gazów zapewniający stałe stężenie tlenu przy zmianie wielkości przepływu świeżych gazów	TAK	
17.	System automatycznego utrzymywania minimalnego stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej z podtlenkiem azotu, na poziomie 25% lub wyższym, podać	TAK	
18.	Aparat może być wykorzystany do znieczulania przy wykorzystaniu techniki LowFlow i Minimal Flow	TAK	
19.	Przepływ świeżego gazu od 200 ml/min lub mniejszy, podać	TAK	
20.	Regulowany zawór ograniczający ciśnienie w trybie wentylacji ręcznej (APL)	TAK	
21.	Zawór APL z funkcją natychmiastowego zwolnienia ciśnienia w układzie bez konieczności skręcania do minimum, opisać	TAK	
22.	Funkcja ułatwiająca optymalny dobór przepływu świeżych gazów, tzw. ekonometr znieczulania.	TAK	
SYSTEM ODDECHOWY			
23.	System oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych, dzieci i noworodków	TAK	
24.	Elementy systemu oddechowego mające styczność z mieszaniną oddechową pacjenta, w tym czujniki przepływu, nadają się do sterylizacji parowej (nie dotyczy jednorazowych układów rur, linii próbkujących)	TAK	
25.	W komplecie jednorazowe układy oddechowe z workiem (długość rur do pacjenta, co najmniej 170 cm, objętość bezlateksowego worka do wentylacji ręcznej 2.0L) – 25 szt.	TAK	
26.	Wentylacja pacjentów z różnych grup wiekowych nie wymaga wymiany elementów systemu oddechowego (nie dotyczy rur oddechowych i worka do wentylacji ręcznej), podać	TAK	
27.	Obejście tlenowe, minimalna wydajność > 30 L/min, podać	TAK	
28.	Zbiornik pochłaniacza dwutlenku węgla o budowie przeziernej, o objętości w zakresie min. 1200ml do max. 1500ml, wielorazowego użytku. W komplecie dodatkowo sześć jednorazowych zbiorników z wapnem sodowanym podłączonym do aparatu	TAK	
29.	Ewakuacja bierna zużytych gazów, w dostawie rura do ewakuacji (jeden mankiet ze specjalnymi otworami) o długości 5 m i wtyk do gniazda odciągu typu DIN	TAK	
RESPIRATOR ANESTETYCZNY			
30.	Respirator wbudowany	TAK	
31.	Respirator o sterowaniu elektronicznym, napęd respiratora niezużywający gazów medycznych (elektryczny) lub pneumatyczny zużywający gazy medyczne napędzany tlenem lub powietrzem	TAK	
32.	Respirator ekonomiczny, napędzany elektrycznie	TAK	
33.	Ekran respiratora kolorowy, LCD, przekątna minimum 12 cali, podać, opisać sposób obsługi	TAK	
34.	Ekran respiratora wbudowany w ścianę przednią aparatu	TAK	
TRYBY WENTYLACJI			
35.	Tryb wentylacji ręcznej	TAK	
36.	Oddech spontaniczny	TAK	
37.	Wentylacja kontrolowana objętościowo	TAK	
38.	Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona w trybie objętościowym (SIMV)	TAK	
39.	Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona w trybie ciśnieniowym	TAK	
40.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniowo	TAK	
41.	Wentylacja synchronizowana ze wspomaganie ciśnieniowym (w trybie ciśnieniowym i objętościowym)	TAK	
42.	Tryb PSV (Pressure Support Ventilation)	TAK	
43.	Tryb PSV (Pressure Support Ventilation) z możliwością ustawienia	TAK	



	CPAP		
44.	Możliwość rozbudowy o tryb z gwarantowaną objętością (Auto Flow lub PRVC), synchronizowany z oddechami własnymi pacjenta oraz ze wspomaganie ciśnieniowym tych oddechów	TAK	
45.	Tryb do współpracy z maszyną płuco-serce typu CBM, HLM	TAK	
46.	Awaryjny tryb wentylacji – możliwa wentylacja ręczna oraz podaż anestetyku z parownika, po zaniku napięcia zasilającego i rozładowaniu się akumulatora, opisać	TAK	
47.	Awaryjny tryb wentylacji – możliwa wentylacja mechaniczna przy braku dopływu świeżych gazów medycznych (z sieci centralnej i z butli), opisać	TAK	
	REGULACJE		
48.	Regulacja stosunku wdechu do wydechu, podać zakres	TAK	
49.	Możliwe odwrócenia stosunku wdechu do wydechu powyżej 3:1	TAK	
50.	Regulacja częstości oddechu minimum od 3 do 100 l/min, podać zakres	TAK	
51.	Regulacja objętości oddechowej (tryb VCV) minimum od 20 do 1400 ml, podać zakres	TAK	
52.	Regulacja objętości oddechowej (tryb VCV) od 5 ml	TAK	
53.	Regulacja PEEP minimum od 4 do 20 cmH ₂ O (hPa), podać zakres	TAK	
54.	Regulacja PEEP od 1 cmH ₂ O (hPa)	TAK	
55.	Regulacja ciśnienia wdechowego przy PCV minimum: od 5 do 65 hPa (cmH ₂ O), podać zakres	TAK	
56.	Regulacja Plateau w zakresie minimum do 30 %	TAK	
57.	Regulacja Plateau od 0%	TAK	
58.	Regulacja czułości wyzwalacza przepływowego przy SIMV w zakresie od minimum 0,3 do 12 l/min	TAK	
59.	Regulacja czasu narastania ciśnienia wdechowego, podać zakres (nie dotyczy czasu wdechu), opisać	TAK	
60.	Podgrzewany układ oddechowy (nie dopuszcza się zewnętrznych kabli zasilających)	TAK	
	ALARMY		
61.	Alarmy niskiej i wysokiej objętości minutowej lub niskiej i wysokiej objętości oddechowej	TAK	
62.	Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego	TAK	
63.	Alarm braku zasilania w energię elektryczną	TAK	
64.	Alarm braku zasilania w O ₂ , N ₂ O, Powietrze	TAK	
65.	Alarm Apnea ciśnienie, przepływ, CO ₂	TAK	
66.	Możliwe automatyczne ustawienie granic alarmowych	TAK	
	PREZENTACJA WARTOŚCI LICZBOWEJ NA EKRANIE RESPIRATORA		
67.	Wdechowego i wydechowego stężenia tlenu, pomiar paramagnetyczny, nie dopuszcza się czujników zużywalnych, galwanicznych	TAK	
68.	Objętości oddechu V _t	TAK	
69.	Różnicy pomiędzy wdechową i wydechową objętością oddechową ΔV _T	TAK	
70.	Objętości minutowej MV, objętości minutowej MV leak	TAK	
71.	Częstotliwości oddechowej f	TAK	
72.	Ciśnienia szczytowego	TAK	
73.	Ciśnienia średniego	TAK	
74.	Ciśnienia Plateau	TAK	
75.	Ciśnienia PEEP	TAK	
76.	Częstości oddychania	TAK	
77.	Liczby MAC skorygowanej do wieku pacjenta	TAK	
78.	Wdechowego i wydechowego stężenia anestetyku wziewnego, co	TAK	



	najmniej sevofluranu, isofluranu, desfluranu, automatyczna identyfikacja podawanego środka		
79.	Wdechowego i wydechowego stężenia CO ₂ i N ₂ O	TAK	
80.	Ilości zużytych świeżych gazów, ilości zużytych anestetyków wziewnych, podczas zabiegu/operacji.	TAK	
	PREZENTACJA GRAFICZNA, KRZYWE, PĘTLE NA EKRANIE RESPIRATORA		
81.	Jednoczesna prezentacja trzech krzywych w funkcji czasu. Obowiązkowo ciśnienie i stężenie CO ₂ , podać	TAK	
82.	Prezentacja pętli oddechowych, co najmniej pętle ciśnienie-objętość i objętość-przepływ, podać	TAK	
83.	Pętla referencyjna	TAK	
84.	Parametry liczbowe pętli aktualnie kreślonej i referencyjnej, co najmniej: ciśnienie szczytowe (peak), objętość (VT), czas zapisu pętli referencyjnej	TAK	
85.	Automatyczne skalkulowanie parametrów wentylacji po wprowadzeniu wagi pacjenta	TAK	
	INNE		
86.	Komunikacja z aparatem w języku polskim	TAK	
87.	Lampka halogenowa na elastycznym ramieniu ułatwiającym odpowiednie skierowanie światła, zamocowana do aparatu	TAK	
88.	Test urządzenia bez interakcji z użytkownikiem w czasie trwania procedury.	TAK	
89.	Dodatkowy niezależny, zintegrowany przepływomierz do podaży O ₂ , przyłączy zasilania gazem w aparacie	TAK	
90.	Moduł gazowy wbudowany w aparat, niewymagający wykonywania przez użytkownika okresowych kalibracji przy użyciu tzw. gazu kalibracyjnego.	TAK	
91.	Moduł gazowy zasilany z wbudowanej baterii/akumulatora po zaniku napięcia sieciowego	TAK	
92.	Stoper uruchamiany i prezentowany na ekranie respiratora (funkcje:start/stop/kasuj)	TAK	
93.	Akcesoria dodatkowe: 10 linii próbkujących, 12 pułapek wodnych do modułu gazowego	TAK	
	KARDIOMONITOR DO APARATU DO ZNIECZULANIA WYMAGANIA OGÓLNE		
94.	Monitor pacjenta umożliwia podłączenie do klinicznych systemów informatycznych (CIS) zbierających parametry życiowe pacjenta, w celu umożliwienia prowadzenia dokumentacji medycznej (karty znieczulenia) w formie elektronicznej. Dostępny system informatyczny typu CIS producenta oferowanego kardiomonitora, w języku polskim - podać nazwę.	TAK	
95.	Pojedynczy monitor pacjenta, stacjonarno-transportowy, umożliwia monitorowanie parametrów życiowych oraz ich wyświetlanie przy łóżku pacjenta oraz w trakcie transportu, zgodnie z opisem w dalszej części specyfikacji.	TAK	
96.	Monitor pacjenta modułowy. Dotyczy sprzętu i oprogramowania. Poszczególne moduły pomiarowe przenoszone między monitorami i podłączane bez udziału serwisu.	TAK	
97.	Moduły pomiarowe jedno i/lub wieloparametrowe, przenoszone pomiędzy stanowiskami. Podłączenie modułu zapewnia automatyczne rozpoczęcie pomiaru i zmianę konfiguracji ekranu.	TAK	
98.	Cały system chłodzony konwekcyjnie, bez użycia wentylatorów	TAK	
99.	Monitor posiada tryb „standby” umożliwiający wprowadzenie monitora w stan uśpienia – wyciszenie alarmów przy odłączeniu pacjenta od monitora, bez utraty danych osobowych pacjenta ani spersonalizowanych funkcji / poziomów alarmów	TAK	
100.	Monitor posiada tryb prywatności umożliwiający nieprzerwane monitorowanie parametrów życiowych pacjenta i funkcjonowanie alarmów, bez wyświetlania ich na ekranie monitora stacjonarnego	TAK	



	i modułu transportowego		
101.	Monitor umożliwia pełną konfigurację jego opcji/funkcji w trakcie pracy, bez konieczności przerywania monitorowania pacjenta	TAK	
102.	Możliwość podłączenia ekranu kopiującego		
	PRACA W SIECI CENTRALNEGO MONITOROWANIA		
103.	Monitory mogą pracować w przewodowej sieci centralnego monitorowania zgodnej ze standardem IEEE802.3 Ethernet	TAK	
104.	Możliwość rozbudowy oferowanych monitorów o bezprzewodowe podłączenie do sieci centralnego monitorowania zgodnie ze standardami IEEE802.11a lub IEEE802.11b/g z zabezpieczeniem przynajmniej WPA2-PSK	TAK	
105.	Oferowane monitory umożliwiają wykorzystanie jednej infrastruktury sieciowej (w sieci przewodowej i bezprzewodowej) do celów sieci centralnego monitorowania, monitorowania telemetrycznego oraz pozostałych aplikacji szpitalnych	TAK	
106.	Sieć centralnego monitorowania wykorzystuje standardowe rozwiązania sieciowe (okablowanie, switchy, routery, punkty dostępowe sieci bezprzewodowej itp.). Brak konieczności stosowania unikalnych rozwiązań producenta oferowanych monitorów.	TAK	
107.	Monitory przystosowane do podglądu danych z pozostałych monitorów pacjenta (przebiegi krzywych dynamicznych, wartości parametrów, alarmy w czasie rzeczywistym) pracujących w sieci centralnego monitorowania, umożliwiają przynajmniej zdalne wyciszenie alarmu i wygenerowanie wydruku. Opisana współpraca zależna jedynie od działania sieci LAN (nie wykorzystuje stanowiska centralnego monitorowania, specjalistycznych serwerów, itp.)	TAK	
108.	Możliwość wyposażenia monitora w drukarkę sieciową, umożliwiającą wydruki ekranu, a także prekonfigurowanych raportów (np. raport trendów tablicowych), dostępnych w monitorze pacjenta.	TAK	
109.	Możliwość korzystania ze wspólnej drukarki przez stanowisko centralnego monitorowania oraz oferowane monitory podłączone do sieci przesyłania danych	TAK	
	MONTAŻ		
110.	Monitor pacjenta mocowany do oferowanego aparatu do znieczulania. Dostępne również systemy montażu monitora na ścianę oraz kolumnę medyczną.	TAK	
111.	Monitor pacjenta mocowany na stacji dokującej, w sposób zapewniający błyskawicznie rozpoczęcie transportu pacjenta, bez konieczności odłączania/przełączania przewodów zasilających, sieciowych oraz kabli i modułów pomiarowych	TAK	
112.	Dostępne mocowania do ramy łóżka, pozwalające na szybkie zamocowanie i zdjęcie monitora na czas transportu	TAK	
	SPECYFIKACJA MONITORA		
113.	Monitor pacjenta wyposażony w kolorowy ekran o przekątnej przynajmniej 10" (dostępny w czasie monitorowania stacjonarnego i w czasie transportu), zapewnia jednoczesne wyświetlanie przynajmniej 6 krzywych dynamicznych na ekranie (bez wykorzystania ekranu 12-odprowadzeń EKG)	TAK	
114.	Monitor pacjenta wyposażony w wewnętrzny akumulator umożliwiający nieprzerwane monitorowanie i wyświetlanie zmierzonych wartości przez co najmniej 4 godziny na wypadek transportu lub braku zasilania	TAK	
115.	Monitor pacjenta umożliwia nieprzerwane monitorowanie stacjonarnie i w transporcie przynajmniej: EKG, ST, Arytmia, Oddech, Saturacja, Temperatura – 2 kanały, NIBP, IBP – 2 kanały, NMT	TAK	
116.	Monitor pacjenta umożliwia rozbudowę o nieprzerwane monitorowanie stacjonarnie i w transporcie przynajmniej: EKG (do 12 odprowadzeń diagnostycznie), ST, Arytmia, Oddech, Saturacja, Temperatura – 2 kanały, NIBP, IBP – 4 kanały, NMT, BIS, rzut	TAK	



	serca		
117.	Monitor pacjenta wyposażony w pamięć przynajmniej 24 godzin trendów graficznych i tablicowych, z rozdzielczością 1 minuta w całym zakresie	TAK	
118.	Monitor pacjenta umożliwia przeniesienie danych demograficznych, zdarzeń alarmowych oraz trendów monitorowanych parametrów po przejściu z jednego stanowiska na drugie, w tym danych zapamiętanych w czasie transportu, z zachowaniem chronologii	TAK	
119.	Monitor pacjenta wyposażony w pamięć przynajmniej 50 zdarzeń alarmowych i zapisywanych ręcznie, zawierających 20-sekundowe odcinki przynajmniej 2 krzywych dynamicznych oraz wartości wszystkich monitorowanych parametrów	TAK	
120.	Monitor wyposażony w pamięć przynajmniej 5 konfiguracji ekranu z możliwością ich edycji przez użytkownika	TAK	
	ZASILANIE		
121.	Sieciowe 230V 50 Hz i akumulatorowe zgodne z PN; zewnętrzny zasilacz		
	MONITOROWANE PARAMETRY		
	EKG		
122.	Monitorowanie przynajmniej 1 z 3, 7- i 12- odprowadzeń w zależności od zastosowanego przewodu EKG	TAK	
123.	Możliwość monitorowania 12 odprowadzeń EKG z jakością diagnostyczną z 10 elektrod	TAK	
124.	Możliwość monitorowania 12 odprowadzeń EKG z max. 6 elektrod	TAK	
125.	W ofercie do każdego monitora ujęty wielorazowe przewody EKG do podłączenia 3 i 5 elektrod, z klipsami do elektrod umieszczonymi szeregowo na pojedynczym przewodzie	TAK	
126.	Monitor wyposażony w uruchamiany na żądanie filtr elektrochirurgiczny	TAK	
	ANALIZA ST		
127.	Monitorowanie ST w 3 lub 5 odprowadzeniach, w zakresie przynajmniej od -15 do +15 mm, z możliwością ustawiania granic alarmowych osobno dla każdego z odprowadzeń, z możliwością ręcznego ustawiania poziomu izoelektrycznego oraz ST, zapisania referencyjnego zespołu QRS i porównywania z kolejnymi	TAK	
128.	Możliwość rozbudowy o analizę odcinka ST w 12 odprowadzeniach oraz monitorowanie wartości sumarycznego wektora odchylenia ST (STVM) z 12 odprowadzeń z możliwością ustawiania własnych granic alarmowych	TAK	
129.	Możliwość rozbudowy o monitorowanie zmian w czasie sumarycznego wektora ST z 12 odprowadzeń, z możliwością ustawiania własnych granic alarmowych	TAK	
	ANALIZA ARYTMI		
130.	Podstawowe monitorowanie arytmii w zakresie tzw. arytmii śmiertelnych. Możliwość rozbudowy o zaawansowane monitorowanie arytmii wg przynajmniej 10 definicji.	TAK	
	SATURACJA (SPO2)		
131.	Moduł pomiarowy zapewniający poprawne pomiary w warunkach niskiej perfuzji i artefaktów ruchowych algorytmem Massimo Set	TAK	
132.	Wyświetlane wartości cyfrowe saturacji, tętna oraz krzywa pletyzmograficzna	TAK	
133.	W ofercie do każdego monitora ujęty kabel przejściowy oraz wielorazowy czujnik saturacji na palec (tytu klips) dla dorosłych Oryginalne czujniki dostawcy algorytmu pomiarowego.	TAK	
	TEMPERATURA		
134.	Monitorowanie temperatury w 2 kanałach: pomiar dwóch wartości temperatury oraz ich różnicy	TAK	
135.	Zakres pomiarowy temperatury przynajmniej 0-50°C, dokładność pomiaru przynajmniej 0,1°C	TAK	



136.	W ofercie do każdego monitora ujęty wielorazowy czujnik temperatury skóry oraz wielorazowy czujnik temperatury głębokiej	TAK	
137.	Możliwość rozbudowy o moduł, sterowany z poziomu oferowanego kardiomonitora, umożliwiający całkowicie nieinwazyjny pomiar temperatury centralnej, z wykorzystaniem czujnika na czoło	TAK	
	CISNIENIE METODĄ NIEINWAZYJNĄ (NIBP)		
138.	Pomiar w zakresie przynajmniej: od 10mmHg dla ciśnienia rozkurczowego do 250mmHg dla ciśnienia skurczowego	TAK	
139.	Tryb pracy ręczny, ciągły przez określony czas i automatyczny co określony czas	TAK	
140.	Szeroki zakres odstępów czasowych automatycznych pomiarów – przynajmniej 1 minuta – 4 godziny	TAK	
141.	Funkcja stazy żyłnej	TAK	
142.	Mankiety pomiarowe bez lateksu i innych potencjalnie niebezpiecznych substancji chemicznych	TAK	
143.	W komplecie do każdego monitora ujęty wężyk oraz 2 sztuki wielorazowych mankietów dla dorosłych (umożliwiających monitorowanie NIBP u pacjentów o obwodzie ramienia przynajmniej od 17 do 53cm)	TAK	
	CISNIENIE METODĄ INWAZYJNĄ (IBP)		
144.	Monitorowanie 2 ciśnień metodą inwazyjną z możliwością rozbudowy do min. 4 kanałów ciśnienia	TAK	
145.	Dokładność pomiaru przynajmniej ± 1 mmHg	TAK	
146.	Możliwość monitorowania i wyboru nazwy różnych ciśnień, przynajmniej: ciśnienia tętniczego, ciśnienia tętnicy płucnej, ośrodkowego ciśnienia żylnego, ciśnienia śródczaszkowego	TAK	
147.	Wybór nazwy ciśnienia powoduje automatyczny wybór algorytmu pomiarowego, skali, koloru i sposobu wyświetlania parametru	TAK	
148.	W komplecie do każdego monitora ujęte akcesoria niezbędne do podłączenia przetworników ciśnienia do każdego kanału	TAK	
	MONITOROWANIE GAZOWE		
149.	Pomiar za pośrednictwem modułu obsługiwanego w pełnym zakresie funkcji z poziomu oferowanego kardiomonitora lub aparatu do znieczulania	TAK	
150.	Pomiar stężenia: O ₂ , CO ₂ , N ₂ O oraz anestetyków na wdechu i wydechu	TAK	
151.	Pomiar stężenia O ₂ paramagnetyczny	TAK	
152.	W komplecie akcesoria niezbędne do realizacji pomiarów: przynajmniej 10 szt. pułapek wodnych oraz 10 szt. linii próbkujących	TAK	
	ZWIOTCZENIE MIĘŚNI (NMT)		
153.	Pomiar za pośrednictwem modułu obsługiwanego w pełnym zakresie funkcji z poziomu oferowanego kardiomonitora.	TAK	
154.	Dostępne tryby stymulacji: - pojedynczy impuls, - seria poczwórna, - liczba potężcowa.	TAK	
155.	Pomiar z wykorzystaniem akcelerometru mocowanego do kciuka	TAK	
156.	W ofercie do każdego monitora ujęty akcelerometr oraz 50 szt. jednorazowych uchwytów do montażu na kciuk	TAK	
	MOŻLIWOŚĆ ROZBUDOWY		
157.	Możliwość rozbudowy monitora o pomiar głębokości uśpienia metodą BIS, z wykorzystaniem modułów do oferowanego systemu monitorowania, dostępny stacjonarnie i w transporcie	TAK	
158.	Możliwość rozbudowy monitora o ciągły pomiar rzutu minutowego serca metodą PiCCO, z wykorzystaniem modułu do oferowanego systemu monitorowania, dostępny stacjonarnie i w transporcie	TAK	
159.	Możliwość rozbudowy monitora o ciągły nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego CNAP, również w czasie transportu, z wykorzystaniem modułu do oferowanego systemu monitorowania,	TAK	



	dostępny stacjonarnie i w transporcie		
	UKŁADY ALARMOWE		
160.	Alarmy o przynajmniej 3 poziomach ważności, rozróżniane dźwiękowo i kolorystycznie	TAK	
161.	Sprzętowy wskaźnik alarmów widoczny z każdej strony urządzenia, również z tyłu	TAK	
162.	Możliwość wyciszenia, wstrzymania i całkowitego wyłączenia alarmów	TAK	
163.	Możliwość pauzowania alarmów przy jednoczesnym zachowaniu dalszego sygnalizowania: akustycznie i wizualnie, alarmów wyższego poziomu	TAK	
164.	Ustawianie granic alarmowych wszystkich parametrów ręczne i automatyczne	TAK	
165.	Możliwość ustawienia automatycznego drukowania w czasie określonych alarmów (po podłączeniu drukarki)	TAK	
166.	Alarmy techniczne z podaniem przyczyny	Tak	
	WSPÓŁPRACA Z APARATEM DO ZNIECZULANIA		
167.	Kardiomonitor zapewnia wyświetlanie danych z oferowanego aparatu do znieczulania na ekranie: przynajmniej krzywe (ciśnienie, przepływ), pętle (ciśnienie/objętość, przepływ/objętość), parametry, dane dotyczące stężenia anestetyków	TAK	
	INNE		
168.	Aparat z monitorem jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).	TAK	
169.	Ze względów serwisowych i obsługowych, aparat do znieczulania i kardiomonitor tego samego producenta	TAK	
	Pozostałe wymagania		
170.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
171.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
172.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	TAK	
173.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
174.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
175.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
176.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
177.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
178.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
179.	Szkolenie personelu technicznego	TAK	
180.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
181.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



CZĘŚĆ NR 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **Kardiomonitor:** Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar resuscytacyjno- zabiegowy - **3 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Kardiomonitor:** Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii – **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
PODSTAWOWE WYMAGANIA			
1.	Możliwość zarządzania danymi medycznymi pacjenta umożliwiającą prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej tego samego producenta, w nawiązaniu do wymogów Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. System umożliwia podłączenie oferowanych kardiomonitorów w celu automatycznego zapisywania zmierzonych parametrów życiowych na karcie pacjenta. Interfejs użytkownika systemu w języku polskim.	Tak	
2.	Monitor pacjenta, przeznaczony do wszystkich kategorii wiekowych. Wybór kategorii pacjenta automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do przedziału wiekowego pacjenta	Tak	
3.	Monitor przystosowany do pracy ciągłej	Tak	
4.	Zasilacz wbudowany w jednostkę główną monitora. Mechaniczne zabezpieczenie przed przypadkowym wyciągnięciu kabla zasilającego	Tak	
5.	Zasilanie sieciowe	Tak	
6.	Akumulator umożliwiający monitorowanie – przynajmniej przez 3 godziny. Akumulatory z możliwością wymiany bez udziału serwisu.	Tak	
7.	Kolorowy ekran o przekątnej minimum 15". Wyświetlanie jednocześnie minimum 8 krzywych dynamicznych na ekranie.	Tak	
8.	Możliwość podłączenia zewnętrznego ekranu kopiującego, możliwość podłączenia do sieci centralnego monitorowania.	Tak	
9.	Monitor wyposażony we wbudowaną drukarkę, pozwalającą na drukowanie danych bieżących i archiwalnych, np. zapamiętanych zdarzeń alarmowych, zdarzeń arytmii, trendów, wyników obliczeń kalkulatora leków. Wydruk na rejestratorze generowany ręcznie – przez użytkownika, lub automatycznie: w wybranych odstępach czasu.	Tak	
10.	Sterowanie funkcjami monitora za pomocą ekranu dotykowego i/lub stałych przycisków i/lub pokręteł	Tak	
11.	Funkcja przyjmowania pacjenta, z możliwością wprowadzenia jego danych demograficznych przy pomocy klawiatury ekranowej	Tak	
12.	Monitor wyposażony w funkcję „standby”	Tak	
13.	Monitor przystosowany do przenoszenia - posiada rączkę	Tak	



14.	Masa do 7 kg	Tak	
15.	Monitor wyposażony w system alarmów technicznych – informujących m.in. o awarii lub nieprawidłowym podłączeniu czujnika	Tak	
16.	Monitor wyposażony w 3-stopniowy system alarmów klinicznych, sygnalizowanych i rozróżnianych wizualnie i dźwiękowo, z podaniem przyczyny alarmu	Tak	
17.	Monitor wyposażony w diodowy pasek alarmowy. Poziom alarmu na pasku rozróżniany kolorystycznie	Tak	
18.	Możliwość edycji granic alarmowych, każdego z monitorowanych parametrów	Tak	
19.	Możliwość regulacji poziomu głośności alarmów, dźwięku sygnału tętna oraz dźwięku klawiszy	Tak	
20.	Monitor umożliwia całkowite wyłączenie wybranych alarmów oraz chwilowe wyciszenie wszystkich alarmów	Tak	
21.	Monitor umożliwia przegląd danych retrospektywnych – wyposażony w funkcję zapamiętywania trendów tablicowych i graficznych wszystkich monitorowanych parametrów z ostatnich 5 dni	Tak	
22.	Monitor wyposażony w pamięć przynajmniej 60 zdarzeń alarmowych, zawierających wartości liczbowe wszystkich monitorowanych parametrów i przynajmniej 30-sekundowy odcinek krzywej dynamicznej, która wyzwoliła alarm	Tak	
23.	Monitor wyposażony w niezależną od pamięci trendów pamięć ostatnich 1200 wyników pomiarów NIBP, uwzględniających wartości ciśnienia: skurczowego, średniego i rozkurczowego, oraz czasu wykonania pomiaru.	Tak	
24.	Monitor wyposażony w kalkulator leków	Tak	
25.	Pomiar EKG, możliwość pomiaru z 3 i z 5 elektrod, z możliwością wyświetlenia jednocześnie 7 odprowadzeń	Tak	
26.	Wyświetlanie przebiegów EKG i częstości akcji serca; pomiar częstości akcji serca w zakresie min. 15 – 350 ud/min	Tak	
27.	Tor pomiaru EKG wyposażony w uruchamiany na żądanie filtr chirurgiczny	Tak	
28.	Pomiar odchylenia ST, we wszystkich monitorowanych odprowadzeniach, w zakresie od -20 do +20 mm, włączany na żądanie	Tak	
29.	Prezentacja ST w postaci wartości liczbowych i graficzna, w postaci odpowiednich zespołów QRS. Możliwość ręcznej zmiany punktów pomiarowych ST. Pomiar ST zapisywane w pamięci trendów.	Tak	
30.	Analiza arytmii, włączana na żądanie, arytmie u pacjentów ze stymulatorem i bez stymulatora	Tak	
31.	Pomiar oddechu, z elektrod EKG w zakresie 0-150 odd/min. Wyświetlanie fali oddechowej i częstości oddechów. Możliwa zmiana odprowadzenia EKG użytego do monitorowania oddechu, bez konieczności zmiany położenia elektrod. Ustawianie czasu alarmu bezdechu w zakresie min. 10-40 s z ustawianiem co 5 s.	Tak	
32.	Pomiar SpO2, w zakresie 1-100% z dokładnością co najmniej $\pm 2\%$. Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości liczbowych saturacji i tętna. Pomiar tętna z czujnika saturacji w zakresie minimum 25-300 ud/min z dokładnością przynajmniej do ± 2 ud/min.	Tak	
33.	Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną. Zakres pomiaru ciśnienia w mankencie przynajmniej od 10mmHg dla ciśnienia rozkurczowego do 270mmHg dla ciśnienia skurczowego. Możliwość uruchomienia pomiaru na żądanie, pomiarów automatycznych z ustawianym czasem powtarzania od 1 minuty do 8 godzin i pomiarów ciągłych. Wyświetlane wartości liczbowe ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego.	Tak	
34.	Pomiar temperatury w 2 kanałach. Możliwy pomiar jednocześnie dwóch temperatur. Możliwość jednoczesnej prezentacji dwóch wartości temperatury i ich różnicy.	Tak	
35.	Pomiar (ciągły) ciśnienia metodą inwazyjną (IPC) – 2 kanały. Wyświetlanie fali ciśnienia oraz wartości liczbowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego. Wybór nazwy mierzonego ciśnienia, powiązany z automatycznym dopasowaniem sposobu wyświetlania.	Tak	
36.	Pomiar CO2. Wyświetlanie fali oddechowej oraz wartości liczbowej częstości oddechów. Ustawianie czasu alarmu bezdechu.	Tak	



37.	Wypożyczenie podstawowe na każdy monitor: - przewód EKG do 3 elektrod - wielorazowy czujnik saturacji na palec dla dorosłych - mankiety pomiarowe dla dorosłych (3 różne rozmiary) - wielorazowy czujnik temperatury skóry i rektalny - czujnik do pomiaru CO ₂ , - przewód do inwazyjnego pomiaru ciśnienia – 2 szt. - rolka papieru do drukarki monitora	Tak	
38.	Wypożyczenie dodatkowe: - 5 ramiona do zawieszenia kardiomonitorów na posiadanej przez zamawiającego kolumnie.	Tak	
POZOSTAŁE WYMAGANIA			
39.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
40.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
41.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak	
42.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
43.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
44.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
45.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
46.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim wraz z deklaracją zgodności.	Tak	
47.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
48.	Szkolenie personelu technicznego	Tak	
49.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
50.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

dotyczy Części Nr 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Kardiomonitor**: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 2 szt.

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
	PODSTAWOWE WYMAGANIA		
1.	Stanowisko centralnego monitorowania (1 ekran, drukarka) współpracująca z aktualnie funkcjonującym w oddziale systemem centralnego monitorowania, umożliwia jednoczesny podgląd przynajmniej 2 oferowanych monitorów pacjenta	Tak	
2.	<i>Monitory pacjenta umożliwia podłączenie do klinicznych systemów informatycznych zbierających parametry życiowe pacjenta, w celu umożliwienia prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Dostępny system informatyczny producenta oferowanego kardiomonitora, w języku polskim</i>	Tak	
3.	Stanowisko centralnego monitorowania, ze względu na bezpieczeństwo danych i stabilność pracy, działa w oparciu o system operacyjny typu Unix/Linux	Tak	
4.	Ekran stanowiska centralnego monitorowania kolorowy, panoramiczny, płaski, wykonany w technologii LCD TFT, o przekątnej przynajmniej 22"	Tak	
5.	Stanowisko centralnego monitorowania wyposażone w 1 ekran.	Tak	
6.	Stanowisko centralnego monitorowania umożliwiające dalszą rozbudowę.	Tak	
7.	Możliwość jednoczesnego wyświetlania przynajmniej 2 przebiegów falowych z każdego monitora, na ekranie podglądu wszystkich monitorów (nie tylko EKG)	Tak	
8.	Podgląd wszystkich parametrów i przebiegów falowych z wybranego monitora	Tak	
9.	Alarmy 3 stopniowe (wizualne i akustyczne) z poszczególnych stanowisk, z identyfikacją alarmującego stanowiska	Tak	
10.	Możliwość przyjmowania pacjenta (wpisywanie danych demograficznych) z poziomu stanowiska centralnego monitorowania i monitora pacjenta	Tak	
11.	Możliwość rozbudowy o funkcję przyjmowania pacjenta poprzez pobranie jego danych demograficznych z systemu szpitalnego	Tak	
12.	Stanowisko wyposażone w pamięć przynajmniej 72 godzin trendów graficznych i tablicowych wszystkich monitorowanych parametrów dla każdego pacjenta, z rozdzielczością 1 minuta w całym zakresie, z możliwością rozbudowy w przyszłości do co najmniej 120 godzin	Tak	



13.	Stanowisko wyposażone w pamięć przynajmniej 2 godzin ciągłych przebiegów krzywych dynamicznych, co najmniej 4 monitorowanych przebiegów falowych (EKG + inne) dla każdego pacjenta, z możliwością wglądu w dowolnym fragmencie tego zapisu, z możliwością rozbudowy w przyszłości do co najmniej 120 godzin i 16 krzywych	Tak	
14.	Stanowisko wyposażone w pamięć zdarzeń alarmowych dla każdego pacjenta	Tak	
15.	Mechanizm nawigacji pozwalający w łatwy sposób dotrzeć do wymaganych informacji: np. wybór zdarzenia alarmowego ogniskuje dane „holterowskie” i trendy na chwili wystąpienia tego zdarzenia	Tak	
16.	Stanowisko centralnego monitorowania i monitory pacjenta połączone siecią zgodną ze standardem Ethernet (IEEE802.3)	Tak	
17.	W komplecie urządzenia sieciowe niezbędne do skonfigurowania systemu spełniającego wszystkie podane wymagania.	Tak	
18.	Możliwość rozbudowy systemu o funkcję podglądu bieżących przebiegów krzywych dynamicznych i wartości monitorowanych parametrów z wybranych kardiomonitorów, oraz zapisywanie trendów parametrów życiowych w formacie MS Excel, za pośrednictwem typowych komputerów PC i przeglądarki internetowej Internet Explorer, podłączonych do szpitalnej sieci informatycznej	Tak	
19.	Możliwość rozbudowy systemu o funkcję dostępu do zapamiętanych w centrali danych archiwalnych (trendów, przebiegów dynamicznych, zdarzeń alarmowych, danych demograficznych) w celu ich analizy, wykonywania oraz generowania raportów, za pośrednictwem typowych komputerów PC i przeglądarki internetowej Internet Explorer, podłączonych do szpitalnej sieci informatycznej	Tak	
20.	Możliwość rozbudowy systemu o funkcję wysyłania parametrów życiowych pacjenta za pośrednictwem protokołu HL7 do szpitalnego systemu informacyjnego (HIS) w celu archiwizacji	Tak	
WYMAGANIA OGÓLNE – KARDIOMONITORY PACJENTA – 2 SZT.			
21.	Monitor pacjenta umożliwia podłączenie do klinicznych systemów informatycznych (CIS) zbierających parametry życiowe pacjenta, w celu umożliwienia prowadzenia dokumentacji medycznej (karty znieczulenia) w formie elektronicznej. Dostępny system informatyczny typu CIS producenta oferowanego kardiomonitora, w języku polskim - podać nazwę.	Tak	
22.	Pojedynczy monitor pacjenta, stacjonarno-transportowy, umożliwia monitorowanie parametrów życiowych oraz ich wyświetlanie przy łóżku pacjenta oraz w trakcie transportu, zgodnie z opisem w dalszej części specyfikacji.	Tak	
23.	Monitor pacjenta modułowy. Dotyczy sprzętu i oprogramowania. Poszczególne moduły pomiarowe przenoszone między monitorami i podłączane bez udziału serwisu.	Tak	
24.	Moduły pomiarowe jedno i/lub wieloparametrowe, przenoszone pomiędzy stanowiskami. Podłączenie modułu zapewnia automatyczne rozpoczęcie pomiaru i zmianę konfiguracji ekranu.	Tak	
25.	Cały system chłodzony konwekcyjnie, bez użycia wentylatorów	Tak	
26.	Monitor posiada tryb „standby” umożliwiający wprowadzenie monitora w stan uśpienia – wyciszenie alarmów przy odłączeniu pacjenta od monitora, bez utraty danych osobowych pacjenta ani spersonalizowanych funkcji / poziomów alarmów	Tak	
27.	Monitor posiada tryb prywatności umożliwiający nieprzerwane monitorowanie parametrów życiowych pacjenta i funkcjonowanie alarmów, bez wyświetlania ich na ekranie monitora stacjonarnego i modułu transportowego	Tak	
28.	Monitor umożliwia pełną konfigurację jego opcji/funkcji w trakcie pracy, bez konieczności przerywania monitorowania pacjenta	Tak	
29.	Możliwość podłączenia ekranu kopiującego	Tak	
PRACA W SIECI CENTRALNEGO MONITOROWANIA			
30.	Monitory mogą pracować w przewodowej sieci centralnego monitorowania zgodnej ze standardem IEEE802.3 Ethernet	Tak	
31.	Możliwość rozbudowy oferowanych monitorów o bezprzewodowe podłączenie do sieci centralnego monitorowania zgodnie ze standardami IEEE802.11a lub IEEE802.11b/g z zabezpieczeniem przynajmniej WPA2-PSK	Tak	
32.	Oferowane monitory umożliwiają wykorzystanie jednej infrastruktury sieciowej (w sieci przewodowej i bezprzewodowej) do celów sieci centralnego monitorowania, monitorowania telemetrycznego oraz pozostałych aplikacji szpitalnych	Tak	
33.	Sieć centralnego monitorowania wykorzystuje standardowe rozwiązania sieciowe (okablowanie, switchy, routery, punkty dostępowe sieci bezprzewodowej itp.). Brak konieczności stosowania unikalnych rozwiązań producenta oferowanych monitorów.	Tak	



34.	Monitory przystosowane do podglądu danych z pozostałych monitorów pacjenta (przebiegi krzywych dynamicznych, wartości parametrów, alarmy w czasie rzeczywistym) pracujących w sieci centralnego monitorowania, umożliwiając przynajmniej zdalne wyciszenie alarmu i wygenerowanie wydruku. Opisana współpraca zależna jedynie od działania sieci LAN (nie wykorzystuje stanowiska centralnego monitorowania, specjalistycznych serwerów, itp.)	Tak	
35.	Możliwość wyposażenia monitora w drukarkę sieciową, umożliwiającą wydruki ekranu, a także prekonfigurowanych raportów (np. raport trendów tablicowych), dostępnych w monitorze pacjenta.	Tak	
36.	Możliwość korzystania ze wspólnej drukarki przez stanowisko centralnego monitorowania oraz oferowane monitory podłączone do sieci przesyłania danych	Tak	
MONTAŻ			
37.	Monitor pacjenta mocowany na kolumnę medyczną.	Tak	
38.	Monitor pacjenta mocowany na stacji dokującej, w sposób zapewniający błyskawiczne rozpoczęcie transportu pacjenta, bez konieczności odłączania/przełączania przewodów zasilających, sieciowych oraz kabli i modułów pomiarowych	Tak	
39.	Dostępne mocowania do ramy łóżka, pozwalające na szybkie zamocowanie i zdjęcie monitora na czas transportu	Tak	
SPECYFIKACJA MONITORA			
40.	Monitor pacjenta wyposażony w kolorowy ekran o przekątnej przynajmniej 10" (dostępny w czasie monitorowania stacjonarnego i w czasie transportu), zapewnia jednoczesne wyświetlanie przynajmniej 6 krzywych dynamicznych na ekranie (bez wykorzystania ekranu 12-odprowadzeń EKG)	Tak	
41.	Monitor pacjenta wyposażony w wewnętrzny akumulator umożliwiający nieprzerwane monitorowanie i wyświetlanie zmierzonych wartości przez co najmniej 4 godziny na wypadek transportu lub braku zasilania	Tak	
42.	Monitor pacjenta umożliwia nieprzerwane monitorowanie stacjonarnie i w transporcie przynajmniej: EKG, ST, Arytmia, Oddech, Saturacja, Temperatura – 2 kanały, NIBP, IBP – 2 kanały, NMT	Tak	
43.	Monitor pacjenta umożliwia rozbudowę o nieprzerwane monitorowanie stacjonarnie i w transporcie przynajmniej: EKG (do 12 odprowadzeń diagnostycznie), ST, Arytmia, Oddech, Saturacja, Temperatura – 2 kanały, NIBP, IBP – 4 kanały, NMT, BIS, rzut serca	Tak	
44.	Monitor pacjenta wyposażony w pamięć przynajmniej 24 godzin trendów graficznych i tablicowych, z rozdzielczością 1 minuta w całym zakresie	Tak	
45.	Monitor pacjenta umożliwia przeniesienie danych demograficznych, zdarzeń alarmowych oraz trendów monitorowanych parametrów po przejściu z jednego stanowiska na drugie, w tym danych zapamiętanych w czasie transportu, z zachowaniem chronologii	Tak	
46.	Monitor pacjenta wyposażony w pamięć przynajmniej 50 zdarzeń alarmowych i zapisywanych ręcznie, zawierających 20-sekundowe odcinki przynajmniej 2 krzywych dynamicznych oraz wartości wszystkich monitorowanych parametrów	Tak	
47.	Monitor wyposażony w pamięć przynajmniej 5 konfiguracji ekranu z możliwością ich edycji przez użytkownika	Tak	
ZASILANIE			
48.	Sieciowe 230V 50 Hz i akumulatorowe zgodne z PN; zewnętrzny zasilacz	TAK	
MONITOROWANE PARAMETRY			
EKG			
49.	Monitorowanie przynajmniej 1 z 3, 7- i 12- odprowadzeń w zależności od zastosowanego przewodu EKG	TAK	
50.	Możliwość monitorowania 12 odprowadzeń EKG z jakością diagnostyczną z 10 elektrod	TAK	
51.	Możliwość monitorowania 12 odprowadzeń EKG z max. 6 elektrod	TAK	
52.	W ofercie do każdego monitora ujęty wielorazowe przewody EKG do podłączenia 3 i 5 elektrod, z klipsami do elektrod umieszczonymi szeregowo na pojedynczym przewodzie	TAK	
53.	Monitor wyposażony w uruchamiany na żądanie filtr elektrochirurgiczny	TAK	
ANALIZA ST			



54.	Monitorowanie ST w 3 odprowadzeniach, w zakresie przynajmniej od -15 do +15 mm, z możliwością ustawiania granic alarmowych osobno dla każdego z odprowadzeń, z możliwością ręcznego ustawiania poziomu izoelektrycznego oraz ST, zapisania referencyjnego zespołu QRS i porównywania z kolejnymi	TAK	
55.	Możliwość rozbudowy o analizę odcinka ST w 12 odprowadzeniach oraz monitorowanie wartości sumarycznego wektora odchyień ST (STVM) z 12 odprowadzeń z możliwością ustawiania własnych granic alarmowych	TAK	
56.	Możliwość rozbudowy o monitorowanie zmian w czasie sumarycznego wektora ST z 12 odprowadzeń, z możliwością ustawiania własnych granic alarmowych	Tak	
ANALIZA ARYTMI			
57.	Podstawowe monitorowanie arytmii w zakresie tzw. arytmii śmiertelnych. Możliwość rozbudowy o zaawansowane monitorowanie arytmii wg przynajmniej 10 definicji.	TAK	
SATURACJA (SPO2)			
58.	Moduł pomiarowy zapewniający poprawne pomiary w warunkach niskiej perfuzji i artefaktów ruchowych algorytmem Nellcor Oximax lub Masimo SET.	TAK	
59.	Wyświetlane wartości cyfrowe saturacji, tętna oraz krzywa pletyzmograficzna	TAK	
60.	W ofercie do każdego monitora ujęty kabel przejściowy oraz wielorazowy czujnik saturacji na palec (tyłu klips) dla dorosłych. Oryginalne czujniki dostawcy algorytmu pomiarowego.	TAK	
TEMPERATURA			
61.	Monitorowanie temperatury w 2 kanałach: pomiar dwóch wartości temperatury oraz ich różnicy	TAK	
62.	Zakres pomiarowy temperatury przynajmniej 0-50°C, dokładność pomiaru przynajmniej 0,1°C	TAK	
63.	W ofercie do każdego monitora ujęty wielorazowy czujnik temperatury skóry oraz wielorazowy czujnik temperatury głębokiej	TAK	
64.	Możliwość rozbudowy o moduł, sterowany z poziomu oferowanego kardiomonitora, umożliwiający całkowicie nieinwazyjny pomiar temperatury centralnej, z wykorzystaniem czujnika na czoło	Tak	
CIŚNIENIE METODĄ NIEINWAZYJNĄ (NIBP)			
65.	Pomiar w zakresie przynajmniej: od 10mmHg dla ciśnienia rozkurczowego do 250mmHg dla ciśnienia skurczowego	TAK	
66.	Tryb pracy ręczny, ciągły przez określony czas i automatyczny co określony czas	TAK	
67.	Szeroki zakres odstępów czasowych automatycznych pomiarów – przynajmniej 1 minuta – 4 godziny	TAK	
68.	Funkcja stazy żyłnej	TAK	
69.	Mankiety pomiarowe bez lateksu i innych potencjalnie niebezpiecznych substancji chemicznych	TAK	
70.	W komplecie do każdego monitora ujęty wężyk oraz 2 sztuki wielorazowych mankietów dla dorosłych (umożliwiających monitorowanie NIBP u pacjentów o obwodzie ramienia przynajmniej od 17 do 53cm)	TAK	
CIŚNIENIE METODĄ INWAZYJNĄ (IBP)			
71.	Monitorowanie 2 ciśnień metodą inwazyjną z możliwością rozbudowy do min. 4 kanałów ciśnienia	TAK	
72.	Dokładność pomiaru przynajmniej ± 1 mmHg	TAK	
73.	Możliwość monitorowania i wyboru nazwy różnych ciśnień, przynajmniej: ciśnienia tętniczego, ciśnienia tętnicy płucnej, ośrodkowego ciśnienia żylnego, ciśnienia śródczaszkowego	TAK	
74.	Wybór nazwy ciśnienia powoduje automatyczny wybór algorytmu pomiarowego, skali, koloru i sposobu wyświetlania parametru	TAK	
75.	W komplecie do każdego monitora ujęte akcesoria niezbędne do podłączenia przetworników ciśnienia do każdego kanału	TAK	
MOŻLIWOŚĆ ROZBUDOWY			
76.	Możliwość rozbudowy monitora o pomiar głębokości uśpienia metodą BIS, z wykorzystaniem modułów do oferowanego systemu monitorowania, dostępny stacjonarnie i w transporcie	TAK	



77.	Możliwość rozbudowy monitora o ciągły pomiar rzutu minutowego serca metodą PiCCO, z wykorzystaniem modułu do oferowanego systemu monitorowania, dostępny stacjonarnie i w transporcie	TAK	
78.	Możliwość rozbudowy monitora o ciągły nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego CNAP, również w czasie transportu, z wykorzystaniem modułu do oferowanego systemu monitorowania, dostępny stacjonarnie i w transporcie	Tak	
UKŁADY ALARMOWE			
79.	Alarmy o przynajmniej 3 poziomach ważności, rozróżniane dźwiękowo i kolorystycznie	TAK	
80.	Sprzętowy wskaźnik alarmów widoczny z każdej strony urządzenia, również z tyłu	TAK	
81.	Możliwość wyciszenia, wstrzymania i całkowitego wyłączenia alarmów	TAK	
82.	Możliwość pauzowania alarmów przy jednoczesnym zachowaniu dalszego sygnalizowania: akustycznie i wizualnie, alarmów wyższego poziomu	TAK	
83.	Ustawianie granic alarmowych wszystkich parametrów ręczne i automatyczne	TAK	
84.	Możliwość ustawienia automatycznego drukowania w czasie określonych alarmów (po podłączeniu drukarki)	TAK	
85.	Alarmy techniczne z podaniem przyczyny	TAK	
POZOSTAŁE WYMAGANIA			
86.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
87.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
88.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak	
89.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
90.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
91.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
92.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
93.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
94.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
95.	Szkolenie personelu technicznego. Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	TAK	
96.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
97.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



CZĘŚĆ NR 4

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Defibrylator z możliwością wykonywania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca** : Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – **1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Model/Typ	Podać	
	Klasa wyrobu medycznego	Tak	
1.	Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa	TAK	
2.	Defibrylacja ręczna i tryb AED	TAK	
3.	Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta.	TAK	
4.	Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnień dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci.	TAK	
5.	Zakres wyboru energii w J 2-360 J w trybie manualnym.	TAK	
6.	Zakres wyboru energii w J 150J-360J w trybie AED.	TAK	
7.	Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej - 25	TAK	
8.	Czas ładowania do energii 200 J poniżej 5 s	TAK	
9.	Ekran monitora kolorowy	TAK	
10.	Przekątna ekranu monitora 5,7 cali	TAK	
11.	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe	TAK	
12.	Możliwość wykonania kardiowersji	TAK	
13.	Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem 5,8 kg	TAK	
14.	Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci	TAK	
15.	Wydruk zapisu na papierze o szerokości 50mm	TAK	
16.	Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V	TAK	
17.	Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń	TAK	
18.	Zakres pomiaru tętna 20-300 u/min	TAK	
19.	Zakres wzmocnienia sygnału EKG - 8 poziomów wzmocnienia od 0,25; 0,5; 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 4 cm/Mv	TAK	
20.	Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno-stymulacyjne	TAK	
21.	Częstotliwość stymulacji w zakresie 40-170 imp./min	TAK	



22.	Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 10-150 mA	TAK	
23.	Monitorowaniem SpO2 w technologii MASSIMO, w zakresie od 1 do 100 % z czasem uśrednienia SpO2 do wyboru przez użytkownika 4, 8, 12 lub 16 sekund, w komplecie z czujnikiem dla dorosłych	TAK	
24.	Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie.	TAK	
Pozostałe wymagania			
25.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	PODAĆ	
26.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	
27.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
28.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
29.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
30.	Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy	TAK	
31.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
32.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	TAK	
33.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

dotyczy Części Nr 4

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Defibrylator:** Oddział Ratunkowy – obszar resuscytacyjno - zabiegowy **3 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Model/Typ	Podać	
	Klasa wyrobu medycznego	Tak	
1.	Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa	TAK	
2.	Defibrylacja ręczna i tryb AED	TAK	
3.	Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta.	TAK	
4.	Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnień dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci.	TAK	
5.	Zakres wyboru energii w J 2-360 J w trybie manualnym.	TAK	
6.	Zakres wyboru energii w J 150J-360J w trybie AED.	TAK	
7.	Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej - 25	TAK	
8.	Czas ładowania do energii 200 J poniżej 5 s	TAK	
9.	Ekran monitora kolorowy	TAK	
10.	Przekątna ekranu monitora min.5,7 cali	TAK	
11.	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe	TAK	
12.	Możliwość wykonania kardiowersji	TAK	
13.	Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem do 6kg	TAK	
14.	Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci	TAK	
15.	Wydruk zapisu na papierze o szerokości min.50mm	TAK	
16.	Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V	TAK	
17.	Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń	TAK	
18.	Zakres pomiaru tętna 20-300 u/min	TAK	
19.	Zakres wzmocnienia sygnału EKG - 8 poziomów wzmocnienia od 0,25; 0,5; 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 4 cm/Mv	TAK	
20.	Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno-stymulacyjne	TAK	
21.	Częstotliwość stymulacji w zakresie 40-170 imp./min	TAK	
22.	Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 10-150 Ma	TAK	



Pozostałe wymagania			
23.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	PODAĆ	
24.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	
25.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
26.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
27.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
28.	Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy	TAK	
29.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
30.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	TAK	
31.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 5

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Pompa infuzyjna**: Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar resuscytacyjno - zabiegowy - **3 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Pompa infuzyjna**: Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna – **3 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
1.	Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiającą współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi - udokumentowana działającymi instalacjami.	Tak	
2.	Strzykawka automatycznie mocowana od przodu.	Tak	
3.	Możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego	Tak	
4.	Możliwość zatraskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą.	Tak	
5.	Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub Stacji Dokującej	Tak	
6.	Masa pompy ok. 1,5 kg	Tak	
7.	Wymiary maks. 280 x 80 x 170 mm (szer. x wys. X gł.)	Tak	
8.	Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych. W stacji dokującej mocowanie jednym ruchem bez konieczności stosowania uchwytu i zasilacza zewnętrznego.	Tak	
9.	Odłączalny uchwyt do przenoszenia do 3 pomp zasilanych jednym przewodem nie wymagającym dodatkowych elementów.	Tak	
10.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na 9 poziomach.	Tak	
11.	Mocowanie do pionowego statywu/rury 3 pomp jednym uchwytem.	Tak	
12.	Łatwe łączenie do 3 pomp ze sobą.	Tak	
13.	Dokładność mechaniczna $<< \pm 0,5\%$	Tak	
14.	Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany.	Tak	
15.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji	Tak	



16.	Różne tryby infuzji: Piggy-Back; Wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki.	Tak	
17.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	Tak	
18.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów	Tak	
19.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.	Tak	
20.	Prędkości bolusa min:	Tak	
21.	dla strzykawki o poj.3ml =1-150 ml/h	Tak	
22.	dla strzykawki o poj.5ml =1-300 ml/h	Tak	
23.	dla strzykawki o poj.10ml =1-500 ml/h	Tak	
24.	dla strzykawki o poj.20ml =1-800 ml/h	Tak	
25.	dla strzykawki o poj.30ml =1-1200 ml/h	Tak	
26.	dla strzykawki o poj.50/60ml =1-1800 ml/h	Tak	
27.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały do 50	Tak	
28.	Biblioteka Leków zawierająca 1 500 leków z możliwością podzielenia na min.30 grup.	Tak	
29.	Czujnik zmian ciśnienia w linii - okluzji i rozłączenia linii bez konieczności stosowania specjalnych drenów	Tak	
30.	Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max;limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji.	Tak	
31.	Menu w języku polskim.	Tak	
32.	Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej.	Tak	
33.	Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika.	Tak	
34.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1-9999 ml	Tak	
35.	Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 99:59 godzin	Tak	
36.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy.	Tak	
37.	Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb TIVA/TCI	Tak	
38.	Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA i PCEA	Tak	
39.	Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli np.RS232.	Tak	
40.	Opcjonalna możliwość bezprzewodowej komunikacji pomp poza stacją dokującą z komputerem.	Tak	
41.	Funkcja - automatycznego przejmowania infuzji przez kolejną pompę natychmiast po zakończeniu infuzji w poprzedniej.	Tak	
42.	Opcjonalna możliwość stosowania systemu do kontrolowania glikemii (SGC)	Tak	
43.	Stojak wraz z listwą zasilającą na pompy o udźwigu min. 30kg -2szt	Tak	



POZOSTAŁE WYMAGANIA		
44.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak
45.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak
46.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak
47.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak
48.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak
49.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak
50.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak
51.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak
52.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak
53.	Szkolenie personelu technicznego	Tak
54.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak
55.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



dotyczy Części Nr 5

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Pompa infuzyjna**: Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii **12 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Pompa infuzyjna**: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii **12 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
Pompa strzykawkowa-20 szt.			
1.	Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiającą współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi - udokumentowana działającymi instalacjami.	Tak	
2.	Strzykawka automatycznie mocowana od przodu.	Tak	
3.	Możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego	Tak	
4.	Możliwość zatraskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą.	Tak	
5.	Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub Stacji Dokującej	Tak	
6.	Masa pompy ok. 1,5 kg	Tak	
7.	Wymiary maks. 280 x 80 x 170 mm (szer. x wys. X gł.)	Tak	
8.	Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych. W stacji dokującej mocowanie jednym ruchem bez konieczności stosowania uchwytu i zasilacza zewnętrznego.	Tak	
9.	Odłączalny uchwyt do przenoszenia do 3 pomp zasilanych jednym przewodem nie wymagającym dodatkowych elementów.	Tak	
10.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na 9 poziomach.	Tak	
11.	Mocowanie do pionowego statywu/rury 3 pomp jednym uchwytem.	Tak	
12.	Łatwe łączenie do 3 pomp ze sobą.	Tak	
13.	Dokładność mechaniczna $\ll \pm 0,5\%$	Tak	



14.	Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany.	Tak	
15.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji	Tak	
16.	Różne tryby infuzji: Piggy-Back; Wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki.	Tak	
17.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	Tak	
18.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów	Tak	
19.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.	Tak	
20.	Prędkości bolusa min:	Tak	
21.	dla strzykawki o poj.3ml =1-150 ml/h	Tak	
22.	dla strzykawki o poj.5ml =1-300 ml/h	Tak	
23.	dla strzykawki o poj.10ml =1-500 ml/h	Tak	
24.	dla strzykawki o poj.20ml =1-800 ml/h	Tak	
25.	dla strzykawki o poj.30ml =1-1200 ml/h	Tak	
26.	dla strzykawki o poj.50/60ml =1-1800 ml/h	Tak	
27.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały do 50	Tak	
28.	Biblioteka Leków zawierająca 1 500 leków z możliwością podzielenia na min.30 grup.	Tak	
29.	Czujnik zmian ciśnienia w linii - okluzji i rozłączenia linii bez konieczności stosowania specjalnych drenów	Tak	
30.	Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max;limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji.	Tak	
31.	Menu w języku polskim.	Tak	
32.	Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej.	Tak	
33.	Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika.	Tak	
34.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml	Tak	
35.	Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 99:59 godzin	Tak	
36.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy.	Tak	
37.	Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb TIVA/TCI	Tak	
38.	Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA i PCEA	Tak	
39.	Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli np.RS232.	Tak	
40.	Opcjonalna możliwość bezprzewodowej komunikacji pomp poza stacją dokującą z komputerem.	Tak	
41.	Funkcja - automatycznego przejmowania infuzji przez kolejną pompę natychmiast po zakończeniu infuzji w poprzedniej.	Tak	



42.	Opcjonalna możliwość stosowania systemu do kontrolowania glikemii (SGC)	Tak	
Pompa objętościowa-4szt			
43.	Pompa objętościowa do podawania dożylnego, dotętniczego i dojelitowego sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi	TAK	
44.	Możliwość podaży preparatów krwiopochodnych.	TAK	
45.	Zatraskowe mocowanie i współpraca ze stacją dokującą.	TAK	
46.	Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem składający się z dwóch elementów – jeden w pompie jeden na drenie. Kolorystyczne kodowanie zacisków szczelinowych w zależności od stosowanej terapii.	TAK	
47.	Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub Stacji Dokującej	TAK	
48.	Dokładność mechaniczna $<< \pm 0,5\%$	TAK	
49.	Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 9,4 h. przy przepływie 80 ml/h. lub 8,5 h przy przepływie 100ml/h	TAK	
50.	Masa pompy maksymalnie do 2 kg	TAK	
51.	Wymiary 280 x 80 x 170 mm (szer. x wys. X gł.)	TAK	
52.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na minimum 3 poziomach	TAK	
53.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji.	TAK	
54.	Różne tryby infuzji: infuzja równoległa, wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki.	TAK	
55.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	TAK	
56.	Czujnik zmian ciśnienia w linii - okluzji i rozłączenia linii bez konieczności stosowania specjalnych drenów	TAK	
57.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 1 200 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.	TAK	
58.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) min. 9999 ml.	TAK	
59.	Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu.	TAK	
60.	Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.	TAK	
61.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala	TAK	
62.	z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały. Do 50	TAK	
63.	Biblioteka Leków zawierająca 500 leków z możliwością podzielenia na min.15 grup.	TAK	
64.	Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max;limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji.	TAK	



65.	Bolus o określonej objętości . Bolus podawany na żądanie .Maksymalna objętość bolusa po alarmie okluzji $\leq 0,2\text{ml}$	TAK	
66.	Możliwość precyzyjnej podaży z lub bez czujnika kropli.	TAK	
67.	Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika	TAK	
68.	Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej	TAK	
69.	Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń .	TAK	
70.	Alarm odłączonego czujnika kropli	TAK	
71.	Menu w języku polskim	TAK	
72.	Możliwość precyzyjnej podaży bez czujnika kropli.	TAK	
73.	Kabel łączący do centrali przywołania personelu	TAK	
74.	Menu w języku polskim	TAK	
75.	Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej.	TAK	
76.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1-9999 ml	TAK	
77.	Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 99:59 godzin	TAK	
78.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy.	TAK	
79.	Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb TCI	TAK	
80.	Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA i PCEA	TAK	
81.	Czułość techniczna – wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza $\leq 0,01$ ml	TAK	
82.	Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/ stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli np.RS232.	TAK	
83.	Opcjonalna możliwość bezprzewodowej komunikacji pomp poza stacją dokującą z komputerem.	TAK	
Stacja dokująca-4szt			
84.	Modułowy system szybkiego mocowania minimum 8 pomp do stacji dokującej.	TAK	
85.	Możliwość zamocowania modułu do rur, szyn medycznych, pionowych lub poziomych	TAK	
86.	Podłączenie zasilania pomp odbywa się automatycznie po włożeniu pompy	TAK	
87.	Możliwość założenia pompy strzykawkowej i/lub objętościowej w dowolnej pozycji w module.	TAK	
88.	Mocowanie stacji dokującej do rury pionowej lub poziomej bez dodatkowego oprzyrządowania.	TAK	
89.	Oprócz mocowania uchwyt do przenoszenia modułu	TAK	
90.	Możliwość rozbudowy stacji o interfejs do komunikacji z komputerem i informatyczną siecią szpitalną.	TAK	
91.	Wymiary modułu: 320 x 750 x 190 mm (szer. wys. głęb.). Masa całego modułu bez pomp nie większa niż 8,5 kg	TAK	
92.	Moduł zasilany jednym kablem sieciowym.	TAK	
93.	Możliwość zainstalowania dodatkowego modułu do kontroli glikemii przy użyciu zainstalowanych pomp.	TAK	
Pozostałe wymagania			
94.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	



95	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
96	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
97	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
98	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
99.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
100	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
101	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
102	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
103	Szkolenie personelu technicznego	TAK	
104	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
105	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 6

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Ssak elektryczny Szpitalny Oddział Ratunkowy – sala operacyjna – 2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymagań
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	Ssak przeznaczony do pracy ciągłej na podstawie jezdnej z czterema kołami w tym dwa przednie z blokadą	TAK	
2	Zasilanie elektryczne 230 V/50Hz	TAK	
3.	Wydajność ssaka min. 45 l/min +/-5%	TAK	
4.	Podciśnienie max. 0-93 kPa z dokładnością $\pm 5\%$	TAK	
5.	Poziom hałasu poniżej 40dB	TAK	
6.	Wymiary max urządzenia(szer. X wys. X Głęb.) 480x900x460 mm. +/- 10 mm	TAK	
7.	Waga ssaka nie więcej niż 12 kg (z podstawą jezdną nie więcej niż 21 kg) +/-5%	TAK	
8.	Obudowa wykonana z trwałego, odpornego na uszkodzenia materiału	TAK	
9.	Praca ssaka oparta na wbudowanej bezolejowej membranowej pompie próżniowej.	TAK	
10.	Manometr ssaka przystosowany do dobrej widoczności odczytu ustawienia siły ssania w miejscach niedoświetlonych /podświetlony elektrycznie lub fosforyzowany/	TAK	
11.	Manometr ssaka przystosowany do dobrej widoczności odczytu ustawienia siły ssania w miejscach niedoświetlonych /podświetlony elektrycznie lub fosforyzowany/	TAK	
12.	Manometr ssaka opisany w podziałach oznaczonych kolorami ; mmHg, cmH ₂ O, bar, kPa	TAK	
13.	Min. trzystopniowe zabezpieczenie przeciwprzelewowe	TAK	
14.	Wyposażenie: - zbiornik bezpieczeństwa szklany minimum 0.25L - przewód łączący zbiornik bezpieczeństwa ze zbiornikiem podstawowym szt. 1 - 2- litrowy zbiornik podstawowy, nietłukący(z poliwęglanu) z możliwością zastosowania pokrywy zakręcanej lub wciskanej, z zabezpieczeniem przed przelaniem szt. 1 - uchwyt zbiornika z uchwytem na przewód ssący szt. 1	TAK	



	- przewód ssący silikonowy z zaworem zatrzymującym ssanie min. dł. 1,5 m szt. 1 - kabel zasilający min. 2m szt. 1 - stojak jezdny ssaka szt. 1		
15.	Możliwość mocowania zbiorników o pojemności od 1 do 4 l.	TAK	
16.	Możliwość stosowania jednorazowych worków na wydzielinę przystosowanych do zbiorników 2l wielorazowych z pokrywami wielorazowymi zarówno zakręcanymi na pojemnik jak i wciskanymi w pojemnik	TAK	
17.	Możliwość stosowania pojemników wielorazowych 4L x 4 szt. montowanych na szynie EURO podstawy jezdnej ssaka w sposób stabilny bez wsparcia serwisu	TAK	
18.	Możliwość rozbudowy ssaka o dodatkowy uchwyt do zawieszenia drenu ssącego montowany na szynie EURO podstawy jezdnej	TAK	
25.	Możliwość rozbudowy ssaka o 1 lub 2 pojemniki do kateterów montowanych na uchwytach z klemą do szyny EURO na podstawie jezdnej ssaka bez wsparcia serwisu	TAK	
26.	Możliwość rozbudowy ssaka o włącznik nożny on/off	TAK	
27.	Możliwość rozbudowy podstawy jezdnej ssaka o kosz na akcesoria (dreny jednorazowe, cewniki) montowany na tylnej części postawy bez wsparcia serwisu	TAK	
28.	Możliwość rozbudowy ssaka o mechanizm przełączający wypełnienia butli 1/2 montowany na szynie EURO podstawy jezdnej bez wsparcia serwisu	TAK	
29.	Ssak przystosowany do późniejszej instalacji systemu drenażu, w zakresie od 0 do 40 cm H ₂ O	TAK	
Pozostałe wymagania			
30	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
31	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
32	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
33	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
34	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
35	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
36	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
37	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
38	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
39.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
40	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



dotyczy Części Nr 6

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Ssak elektryczny Szpitalny Oddział Ratunkowy** – obszar resuscytacyjno-zabiegowy - **3 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	Ssak do użytku na oddziałach szpitalnych, w intensywnym nadzorze, w salach operacyjnych, transporcie.	TAK	
2.	Zbiornik bezpieczeństwa	TAK	
3.	Rurka łącząca zbiornik bezpieczeństwa ze zbiornikiem podstawowym	TAK	
4.	Minimum 1-litrowy zbiornik podstawowy, nietłukący (z poliwęglanu) z pokrywą z zabezpieczeniem przed przelaniem	TAK	
5.	Uchwyt zbiornika	TAK	
6.	Uchwyt na przewód ssący	TAK	
7.	Przewód ssący silikonowy z zaworem zatrzymującym ssanie minimum 1,5m	TAK	
8.	Stojak jezdny minimum 3 kołowy	TAK	
9.	Kabel zasilający o długości min. 2m	TAK	
10.	Ładowanie akumulatora ok. 4h lub krócej od 0% do 100%		
	CHARAKTERYSTYKA PRACY SSAKA	TAK	
11.	Wydajność od 15l/min do 20l/min	TAK	
12.	Max. Podciśnienie do 80kPA	TAK	
13.	Poziom hałasu poniżej 60dB	TAK	
14.	Wymiary (szerokość; wysokość; głębokość) 310 x 240 x 190 mm	TAK	
15.	Waga nie większa niż 5kg	TAK	
	Pozostałe wymagania		
16.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
17.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
18.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
19.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
21.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
22.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich	TAK	



	wymiany przez okres co najmniej 10 lat,		
23.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
24.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń	TAK	
25.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
26.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
27.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



dotyczy Części Nr 6

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Ssak elektryczny** Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymagań
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	Ssak do użytku na oddziałach szpitalnych, w intensywnym nadzorze, w endoskopii, w ginekologii, ortopedii, w salach reanimacyjnych i operacyjnych.	Tak	
2.	Zbiornik bezpieczeństwa	Tak	
3.	Rurka łącząca zbiornik bezpieczeństwa ze zbiornikiem podstawowym	Tak	
4.	Minimum 2-litrowy zbiornik podstawowy, nietłukący (z poliwęglanu) z pokrywą z zabezpieczeniem przed przelaniem	Tak	
5.	Uchwyt zbiornika	Tak	
6.	Uchwyt na przewód ssący	Tak	
7.	Przewód ssący silikonowy z zaworem zatrzymującym ssanie minimum 1,5m	Tak	
8.	Stojak jezdny	Tak	
9.	Kabel zasilający	Tak	
	CHARAKTERYSTYKA PRACY SSAKA	Tak	
11.	Wydajność od 38l/min do 40l/min	Tak	
12.	Max. podciśnienie 90kPA	Tak	
13.	Poziom hałasu poniżej 40dB	Tak	
14.	Wymiary (szerokość; wysokość; głębokość) 480 x 900 x 460 mm +/- 5%	Tak	
15.	Waga nie większa niż 22kg	Tak	
Pozostałe wymagania			
16.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
17.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
18.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
19.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
20.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	



21.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
22.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
23.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń	TAK	
24.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
25.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
26.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 7

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta:** Szpitalny
Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno-zabiegowy – **3 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta:** Szpitalny
Oddział Ratunkowy- sala operacyjna – **1 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta:** Oddział
Anestezjologii i Intensywnej Terapii– **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
1.	Zasilanie 220-230 V, 50/60 Hz	TAK	
2.	Aparat wyposażony w zaczepek na przewód grzewczy chroniący go przed zaginaniem	TAK	
3.	Długość przewodu grzewczego min 1,5 metra	TAK	
4.	Giętki przewód grzewczy wzmocniony drutem (nie utrudniający dostępu do pacjenta)	TAK	
5.	Podstawa jezdna do aparatu (wózek 2 koła z blokadą z koszykiem na kołdry)	TAK	
6.	Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek; łóżku pacjenta	TAK	
7.	Urządzenie zabezpieczone filtrem antywirusowym i antybakteryjnym o wysokiej skuteczności filtracji (HEPA) minimum 99,97% przy wielkości cząstek 0,3 mikrona	TAK	
8.	5 zakresów temperatur: - funkcja "boost" - 47°C (po 45 min. automatycznie przełączany na zakres 45°C) - wysoki – 45°C - średni – 40°C - niski – 34°C - temperatura otoczenia	TAK	
9.	Minimalny wymagany przepływ /wydajność urządzenia/ 1400 l na min.	TAK	
10.	Kontrola przegrzania urządzenia powyżej zaprogramowanej wartości temperatury – alarm optyczny i akustyczny + automatyczne wyłączenie grzałki	TAK	



11.	Licznik wskazujący ilość dni oraz ilość roboczogodzin pozostałą do wymiany filtra.	TAK	
12.	Wyświetlacz LCD z możliwością wyświetlania temperatury powietrza wpływającego do przewodu grzewczego.	TAK	
13.	Dokładność wyświetlanej temperatury +/- 1 °C.	TAK	
14.	Dostępne kołdry(koce) ogrzewające pacjenta w kilku rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb (koce na dolną część ciała; koce na górną część ciała; koce na całe ciało; koce sterylne śródoperacyjne, koce dostępu chirurgicznego). Koce powinny posiadać otwory do podłączenia przewodu grzewczego.	TAK	
15.	Koce wykonane z wielowarstwowej tkaniny odpornej na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. Materiał nie zawiera lateksu. Materiał radioprzezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych. Materiał perforowany umożliwi równomierny, swobodny przepływ powietrza (bez kanałów sterujących przepływem powietrza). Zewnętrzna warstwa wykonana z nietkanego tworzywa, co eliminuje możliwość kontaktu rozgrzanych powierzchni ze skórą pacjenta min.25 sztuk.	TAK	
Pozostałe wymagania			
16.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
17.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
18.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
19.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
20.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
21.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
22.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
23.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
24.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
25.	Szkolenie personelu technicznego	TAK	
26.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
27.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



CZĘŚĆ NR 8

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Respirator transportowy**: Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno-zabiegowy-**2 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Respirator transportowy**: Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna-**1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji 2017 fabrycznie nowe	Podać/TAK	
WYMAGANIA PODSTAWOWE			
1.	Respirator do długotrwałej wentylacji pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia powietrzem z otoczenia oraz z dodatkiem tlenu do transportu wewnątrzszpitalnego.	Tak	
2.	Respirator dla pacjentów o wadze powyżej 10 kg	Tak	
3.	Respirator do inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji kontrolowanej i wspomaganej	Tak	
4.	Respirator na podstawie jezdnej z uchwytem na butlę O ₂ ;	Tak	
5.	Zasilanie podstawowe z sieci elektrycznej 230V, 50 Hz oraz zasilanie z własnego akumulatora na min. 60 min.	Tak	
6.	Możliwość zasilania tlenem z instalacji gazowej w zakresie min. 2,7 do 4,5 bar	Tak	
7.	Wyposażony we własne, niezależne od sieci centralnej źródło powietrza medycznego (kompresor)	Tak	
8.	Respirator przystosowany do pracy z nawilżaczem aktywnym lub wymiennikiem wilgoci typu FHME ("sztuczny nos")	Tak	
9.	Przepływ O ₂ regulowany w zakresie min.6-100 l/min	Tak	
10.	Cicha praca respiratora – do 40 dB (podczas standardowej wentylacji)	Tak	
11.	Waga respiratora z wbudowaną turbiną lub kompresorem poniżej 6,0 kg.	Tak	
12.	Respirator zamontowany na podstawie jezdnej wraz z dodatkowym uchwytem do zamontowania na ramie łóżka lub rury (przedstawić zdjęcie uchwytu)	Tak	
TYPY I TRYBY WENTYLACJI			
13.	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV	Tak	
14.	Możliwość wentylacji ciśnieniowo kontrolowanej z ustawieniem gwarantowanej objętości oddechu (VG)	Tak	
15.	SIMV –VCV Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona z oddechami wymuszonymi objętościowo kontrolowanymi	Tak	
16.	Dodatknie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP / CPAP	Tak	



17.	Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana PCV	Tak	
18.	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BIPAP, BiLevel.	Tak	
19.	Wentylacja objętościowo kontrolowana VCV	Tak	
20.	Wentylacja przy bezdechu uruchamiana automatycznie	Tak	
21.	Kompensacja przecieku do 180 l/min	Tak	
PARAMETRY REGULOWANE			
22.	Częstość oddechów w zakresie min. 6 - 50 1/min (podać)	Tak	
23.	Objętość pojedynczego oddechu przy wentylacji objętościowo kontrolowanej w zakresie min 100 - 2000 ml (podać)	Tak	
24.	Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakresie min. 10 - 40 mbar (podać)	Tak	
25.	Ciśnienie wspomaganie PSV w zakresie min. 5 - 20 mbar (podać)	Tak	
26.	Ciśnienie PEEP / CPAP w zakresie min. 5 - 20 mbar (podać)	Tak	
27.	Czas wdechu w zakresie min. 0,4 – 8,0 sek. (podać)	Tak	
28.	Regulacja podawanego stężenia tlenu w zakresie 21-100%	Tak	
29.	Wspomaganie ciśnieniowe regulowane w zakresie min. 0-30 mbar	Tak	
30.	Czas wzrostu ciśnienia regulowany w zakresie min. 0,1 do 2 sek.	Tak	
31.	Minimum dwa poziomy czułości triggera oddechowego.	Tak	
Parametry monitorowane			
32.	Aktualnie prowadzony tryb wentylacji	Tak	
33.	Rzeczywista całkowita częstość oddychania	Tak	
34.	Objętość pojedynczego oddechu	Tak	
35.	Całkowita wentylacja minutowa	Tak	
36.	Szczytowe ciśnienie wdechowe	Tak	
37.	Średnie ciśnienie cyklu oddechowego	Tak	
38.	Ciśnienie PEEP	Tak	
Prezentacja graficzna			
39.	Prezentacja na kolorowym ekranie cyfrowych wartości parametrów monitorowanych przez respirator	Tak	
Alarmy			
40.	Zbyt niskiej objętości minutowej	Tak	
41.	Zbyt wysokiej częstości oddechów – tachypnoe	Tak	
42.	Bezdechu z regulowanym czasem bezdechu	Tak	
43.	Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego wdechu	Tak	
44.	Niskiego ciśnienia lub rozłączenia układu oddechowego	Tak	
45.	Regulowana głośność alarmów	Tak	
Inne:			
46.	Możliwość współpracy z drenami jedno- i wielorazowymi; w zestawie: 25 szt. drenów dla pacjentów zaintubowanych + 25 szt. drenów jednorazowych dla pacjentów niezaintubowanych a) układy oddechowe dla dorosłych i dzieci wielokrotnego użytku - 2 kpl. b) sztuczne płuco - 1 szt. c) 1 szt. - pełno twarząwą maska do nieinwazyjnej wentylacji z miękką poduszką wypełnioną żelem silikonowym roz. L d) ramię przegubowe na układy oddechowe - 1 szt. e) podstawa jezdna - 1 szt.	Tak	
47.	Wyjście zewnętrzne sygnalizacji alarmów i przywołania pielęgniarki	Tak	
48.	Zabezpieczenie ustawionych parametrów przed przypadkową zmianą przez pacjenta.	Tak	
POZOSTAŁE WYMAGANIA			
49.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
50.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
51.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak	
52.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	



53.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
54.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
55.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
56.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
57.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
58.	Szkolenie personelu technicznego. Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	Tak	
59.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
60.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

dotyczy Części Nr 8

Przedmiot zamówienia: **Respirator stacjonarny**: Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno-zabiegowy- **1 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Respirator stacjonarny**: Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii – **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji 2017 fabrycznie nowe	Podać/TAK	
WYMAGANIA PODSTAWOWE			
1.	Respirator przeznaczony głównie do wentylacji dorosłych	Tak	
2.	Zasilanie w tlen o ciśnieniu od 2,8 do 5,9 bar	Tak	
3.	Respirator wyposażony we własne źródło powietrza medycznego lub kompresor zintegrowany z respiratorem	Tak	
4.	Zasilanie AC 230 V /50 Hz +/- 10%	Tak	
5.	Pobór mocy /VA/	Tak	
6.	Awaryjne zasilanie z wewnętrznego akumulatora do podtrzymania pracy aparatu (nie tylko alarmów) na minimum 35 minut	Tak	
7.	System testów sprawdzających działanie respiratora	Tak	
8.	Funkcja autotestu dokonywana automatycznie po włączeniu aparatu	Tak	
9.	Przystosowany do pracy z wymiennikami ciepła i wilgoci (HME)	Tak	
10.	Ramię uchylne (uchwyt rur oddechowych) do każdego respiratora	Tak	
11.	Na podstawie jezdnej	Tak	
TRYBY WENTYLACJI			
12.	Wentylacja nieinwazyjna NIV dostępna we wszystkich trybach wentylacji oferowanych przez respirator wraz z maskami do nieinwazyjnej wentylacji z miękką poduszką wypełniona żelam silikonowym w rozmiarze L – 1 szt.	Tak	
13.	Wentylacja wymuszona kontrolowana objętością i ciśnieniem	Tak	
14.	Wentylacja synchronizowana przerywana kontrolowana objętością i ciśnieniem	Tak	
15.	Wentylacja spontaniczna	Tak	
16.	Wspomaganie wentylacji spontanicznej	Tak	
17.	Wentylacja na dwóch poziomach dodatkiego ciśnienia	Tak	
18.	Automatyczne lub/i manualne westchnienie	Tak	
19.	Wentylacja bezdechu -programowana	Tak	
20.	Możliwość rozbudowy w przyszłości o tryb wentylacji typu MMV	Tak	



21.	Możliwość rozbudowy w przyszłości terapii O2 z wysokimi przepływami za pomocą standardowego układu pacjenta z maską	Tak	
22.	Wentylacja ciśnieniowo - kontrolowana z gwarantowaną objętością	Tak	
23.	Możliwość rozbudowy w przyszłości o automatyczną kompensację oporów rurki tracheotomijnej (ATC)	Tak	
24.	Możliwość rozwinięcia w przyszłości o tryb APRV	Tak	
25.	Wstępne programowanie parametrów wentylacji na podstawie wzrostu lub należnej masy ciała pacjenta	Tak	
26.	Paauza wydechowa	Tak	
PARAMETRY REGULOWANE			
27.	Częstość oddechów min.2-80 min	Tak	
28.	Objętość pojedynczego oddechu min od 50 do 2000 ml	Tak	
29.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w granicach 21-100 %	Tak	
30.	Ciśnienie wspomaganie od 0 do 70 mbar	Tak	
31.	Przepływowy lub ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie min. 1-15 l/min.	Tak	
32.	Płynna regulacja czasu narastania przepływu dla oddechów ciśnieniowo-kontrolowanych i wspomaganych	Tak	
OBRAZOWANIE MIERZONYCH PARAMETRÓW WENTYLACJI			
33.	Aktualnie prowadzony tryb wentylacji	Tak	
34.	Rzeczywista całkowita częstość oddychania	Tak	
35.	Objętość pojedynczego oddechu	Tak	
36.	Rzeczywista objętość wentylacji minutowej	Tak	
37.	Szczytowe ciśnienie wdechowe	Tak	
38.	Ciśnienie średnie	Tak	
39.	Ciśnienie Plateau	Tak	
40.	Ciśnienie PEEP i PEEP-i RSB (współczynnik dyszenia)	Tak	
41.	Pomiar podatności dynamicznej	Tak	
42.	Stosunek fazy wdechu do wydechu	Tak	
43.	Integralny pomiar stężenia tlenu	Tak	
PREZENTACJA GRAFICZNA			
44.	Prezentacja na kolorowym min. 12 calowym ekranie o krzywych oddechowych minimum: ciśnienie/czas, przepływ/czas, objętość/czas	Tak	
		Tak	
45.	Prezentacja cyfrowych wartości parametrów mierzonych przez respirator	Tak	
46.	Prezentacja min. 1 pętli oddechowej	Tak	
47.	Prezentacja trendów powyżej 7 dni (dotyczy trendy wartości mierzonych i parametrów ustawianych przez operatora)	Tak	
Alarmy			
48.	Kategorie alarmów według ważności	Tak	
49.	Wadliwej pracy elektroniki aparatu	Tak	
50.	Braku zasilania w energię elektryczną	Tak	
51.	Niskiego ciśnienia gazów zasilających	Tak	
52.	Stężenia tlenu - min/max	Tak	
53.	Całkowitej objętości minutowej - min/max	Tak	
54.	Za wysokiej częstości oddechów	Tak	
55.	Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego	Tak	
56.	Zbyt niskiego ciśnienia wdechu (przecieku)	Tak	
57.	Spadku zadanej objętości oddechowej	Tak	
58.	Alarm bezdechu	Tak	
INNE			
59.	Oprogramowanie oraz opisy na interfejsie użytkownika w języku polskim	Tak	
60.	Sposób pomiaru parametrów oddechowych (krótki opis czujnika pomiarowego)	Tak	
61.	Turbina powietrza medycznego, z 8 - letnią gwarancją producenta bez ograniczenia liczby roboczogodzin w tym okresie.	Tak	
62.	Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawionych parametrów	Tak	



63.	Wyposażenie dodatkowe: 25 szt. układów oddechowych jednorazowych dł. min. 180cm ,50 szt. filtrów, 10 szt. zastawek wydechowych jednorazowego użytku, 5 szt. czujników przepływu przystosowanych do dezynfekcji , 1 szt. czujnik przepływu przystosowany do sterylizacji, płuco testowe wielokrotnego użytku, nebulizator pneumatyczny synchronizowany z respiratorem, 10 szt. CO2 kuwet jednorazowego użytku dla dorosłych,	Tak	
64.	Respirator wyposażony w CO ₂ z prezentacją parametrów na ekranie respiratora.	Tak	
POZOSTAŁE WYMAGANIA			
65.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
66.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
67.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak	
68.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
69.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
70.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
71.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
72.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
73.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
74.	Szkolenie personelu technicznego. Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	Tak	
75.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
76.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



dotyczy Części Nr 8

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100%:**
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 2 szt.

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji 2017 fabrycznie nowe	Podać/TAK	
WYMAGANIA PODSTAWOWE			
1.	Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia na podstawie jezdnej.	Tak	
2.	Respirator dla dzieci i dorosłych.	Tak	
Zasilanie			
3.	Zasilanie w tlen i powietrze z sieci centralnej o ciśnieniu w zakresie minimum od 2,8 do 5,5 bar.	Tak	
4.	Zasilanie elektryczne 220-240 V; 60 Hz / 50 Hz.	Tak	
5.	Awaryjne zasilanie z wewnętrznego akumulatora do podtrzymania pracy urządzenia na min.30 minut.	Tak	
Tryby wentylacji			
6.	CMV, CMVAssist.	Tak	
7.	SIMV.	Tak	
8.	Możliwość rozbudowy o tryb PSV z ustawianą przez użytkownika częstością minutową oddechów.	Tak	
9.	PEEP/CPAP.	Tak	
10.	Oddech na dwóch poziomach ciśnienia typu BiLevel, DuoPAP, BIPAP.	Tak	
11.	Wydzielony tryb wentylacji APRV	Tak	
12.	Automatyczne ustawianie czasu niskiego ciśnienia dla APRV	Tak	
13.	Specjalne tryby wentylacji MMV	Tak	
14.	Tryb wentylacji typu PPS lub PAV+	Tak	
15.	Tryb wentylacji nieinwazyjnej (NIV)	Tak	
16.	Możliwość rozbudowy o tryb odzwyczajania pacjenta od wentylacji mechanicznej z regulacją poziomu wspomaganie na podstawie analizy et CO2 w respiratorze	Tak	
17.	Automatyczna kompensacja oporów rurki tracheotomijnej (ATC)	Tak	
18.	Automatyczne westchnienia z regulacją parametrów westchnień.	Tak	
19.	Możliwość prowadzenia wentylacji z ustalonym przez operatora stosunkiem wdech wydech (I:E).	Tak	
20.	Częstość oddechów przy wentylacji CMV-IPPV minimum 5 – 100 1/min.	Tak	
21.	Objętość pojedynczego oddechu minimum od 20 do 2500 ml.	Tak	



22.	Regulowane ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych minimum od 5 do 90 cmH ₂ O.	Tak	
23.	Ciśnienie wspomagane PSV minimum od 5 do 90 cmH ₂ O.	Tak	
24.	Możliwość ustawienia PEEP/CPAP minimum od 0 do 50 cmH ₂ O.	Tak	
25.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w granicach 21-100% (elektroniczny mieszalnik gazów).	Tak	
26.	Wyzwalanie oddechu, czułość przepływowa: minimalny zakres czułości triggera: 0,5 l/min – 15 l/min.	Tak	
27.	Płynna regulacja czasu lub współczynnika narastania przepływu dla oddechu ciśnieniowo kontrolowanego i ciśnieniowo wspomaganych.	Tak	
28.	Regulacja czułości zakończenia fazy wdechu dla oddechów ciśnieniowo wspomaganych w zakresie minimum 5 – 65 % szczytowego przepływu wdechowego.	Tak	
29.	Rzeczywista częstość oddychania.	Tak	
30.	Możliwość rozbudowy o wizualizację graficzną oddechów	Tak	
31.	Częstość oddechów spontanicznych.	Tak	
32.	Objętość pojedynczego oddechu.	Tak	
33.	Częstość oddechów wyzwalanych przez pacjenta	Tak	
34.	Objętość pojedynczego oddechu wspomaganego ciśnieniowo przy wentylacji SIMV.	Tak	
35.	Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV.	Tak	
36.	Rzeczywista objętość wentylacji minutowej spontanicznej.	Tak	
37.	Wentylacja minutowa, objętość lub frakcja przecieku.	Tak	
38.	Ciśnienie PEEP.	Tak	
39.	Ciśnienie okluzji P,01	Tak	
40.	NIF – Negative Inspiratory Force	Tak	
41.	Szczytowe ciśnienie wdechowe.	Tak	
42.	Ciśnienie średnie.	Tak	
43.	Ciśnienie fazy Plateau.	Tak	
44.	Integralny pomiar stężenia tlenu metodą paramagnetyczną	Tak	
45.	Pomiar końcowo wydechowego CO ₂ w respiratorze	Tak	
46.	Kalkulacja współczynnika eliminacji dwutlenku węgla V'CO ₂	Tak	
47.	Możliwość wykonania manewru rekrutacji pęcherzyków płucnych poprzez płynne, bezpośrednie i jednoczesne zwiększanie ciśnienia szczytowego i PEEP – opisać	Tak	
48.	Prezentacja na kolorowym minimum 15" ekranie respiratora krzywych oddechowych: ciśnienie/czas, przepływ/czas, objętość/czas – z możliwością jednoczesnej obserwacji minimum trzech krzywych na ekranie.	Tak	
49.	Prezentacja na kolorowym minimum 15" ekranie respiratora pętli oddechowych co najmniej: ciśnienie/objętość.	Tak	
50.	Prezentacja na kolorowym minimum 15" ekranie respiratora trendów mierzonych parametrów – co najmniej 5 dni.	Tak	
51.	Możliwość odłączenia ekranu respiratora od jednostki pneumatycznej	Tak	
52.	Kategorie alarmów według ważności.	Tak	
53.	Alarm wadliwej pracy elektroniki aparatu.	Tak	
54.	Alarm braku zasilania w energię elektryczną.	Tak	
55.	Alarm Niskiego ciśnienia gazów zasilających.	Tak	
56.	Alarm za wysokiego i za niskiego stężenia tlenu.	Tak	
57.	Alarm Całkowitej objętości minutowej za wysokiej i za niskiej.	Tak	
58.	Alarm Za wysokiej objętości oddechowej TV.	Tak	
59.	Alarm Za wysokiej objętości oddechowej – tachypnea.	Tak	
60.	Alarm Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego.	Tak	
61.	Zbyt niskiego ciśnienia wdechu lub przecieku.	Tak	
62.	Alarm bezdechu z automatycznym uruchomieniem wentylacji zastępczej.	Tak	
63.	Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawionych parametrów.	Tak	
64.	Funkcja autotestu aparatu dokonywana automatycznie po włączeniu.	Tak	
65.	Nebulizator pneumatyczny do wziewnego podawania leków do każdego respiratora.	Tak	



66.	Możliwość sterylizacji kompletnego układu pacjenta wraz z zastawką wydechową.	Tak	
WYPOSAŻENIE DODATKOWE			
67.	Płuco testowe wielokrotnego użytku	Tak	
68.	25 szt. układów oddechowych jednorazowych dł. min. 180cm , 50 szt. filtrów , 10 szt. zastawek oddechowych jednorazowego użytku, 5 szt. czujników przepływu przystosowanych do dezynfekcji, 1 szt. czujnik przepływu przystosowany do sterylizacji, 10 szt. kuwet jednorazowych do czujnik CO ₂ , 1 szt. kuweta wielorazowa do czujnika CO ₂ , 1 szt. pełnotwarzowych masek do nieinwazyjnej wentylacji z miękką poduszką wypełnioną żelam silikonowym. roz. L	Tak	
69.	Polski interfejs i oprogramowanie aparatu.	Tak	
70.	Skrócona instrukcja obsługi na ekranie aparatu.	Tak	
71.	Oferowane urządzenie poza wymienionymi powyżej parametrami winno zawierać wyposażenie standardowe producenta.	Tak	
72.	Bezpłatny serwis w okresie trwania gwarancji w tym z wymianą części zalecanych przez producenta z wyłączeniem części zużywalnych (czujniki przepływu, zastawki oddechowe, nebulizator, kuweta do CO ₂ , filtry HME, rury pacjenta)	Tak	
73.	Certyfikat CE i Deklaracja zgodności WE na respirator z osprzętem	Tak	
POZOSTAŁE WYMAGANIA			
74.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
75.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
76.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak	
77.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
78.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
79.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
80.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
81.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
82.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
83.	Szkolenie personelu technicznego. Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	TAK	
84.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
85.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

CZĘŚĆ NR 9

Przedmiot zamówienia: **Materac grzewczy:** Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii - **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	System do ogrzewania pacjenta na sali operacyjnej oraz pooperacyjnej, składający się z: -Jednostka kontrolna - 1 szt. -Materac grzewczy - 1 szt.	Tak	
2.	Monitor (kontroler) grzewczy z możliwością podłączenia i niezależnego sterowania jednym elementem grzewczym jednocześnie	Tak/podać	
3.	Możliwość zamocowania monitora na stojaku do kroplówek, zawieszenia na relingu lub postawienia	Tak	
4.	System działający w technologii suchego grzania kontaktowego bez udziału wody lub powietrza	Tak	
5.	Możliwość regulacji temperatury w zakresie min. 30-40°C ze skokiem co 0,1°C	Tak/podać	
6.	Wyświetlacz temperatury zaprogramowanej oraz aktualnej	Tak	
7.	Alarmy wysokiej temperatury, uszkodzenia, braku zasilania, nieprawidłowej pracy, automatyczny wyłącznik bezpieczeństwa przy przekroczeniu temp. 42°C	Tak/podać	
8.	Wymiary materaca: 120 x 50 x 3 cm +/-10%	Tak/podać	
9.	Materac przeznaczony do czyszczenia i dezynfekcji	Tak	
10.	Wbudowany moduł do pomiaru temperatury ciała pacjenta czujnikiem zewnętrznym powierzchniowym z możliwością podłączenia czujnika do jednego monitora, w kpl. czujnik wielokrotnego użytku dla dorosłych	Tak	
11.	Komunikaty alarmowe i ostrzegawcze wyświetlane w języku polskim	Tak	
12.	Niskie napięcie zasilania elementów grzewczych max 24V	Tak	
13.	Materac ogrzewający tylko pacjenta (nie ogrzewający otoczenia)	Tak	
14.	Materac przeznaczony do czyszczenia i dezynfekcji ogólnodostępnymi środkami	Tak	
15.	Materac przezierny dla promieni RTG	Tak	
16.	Materac posiadający wbudowaną pianki wiskoelastycznej o właściwościach rozkładających ciężar ciała pacjenta i redukujących ucisk	Tak/podać	
17.	Materac posiadający zgrzewane pokrycie poliuretanowe zabezpieczające przed przedostaniem się płynów do wnętrza	Tak/podać	



18.	Materac wyposażony w dodatkowy poliuretanowy pokrowiec zewnętrzny wielokrotnego użytku, przeznaczony do prania w temp. 95°C i dezynfekcji powierzchniowej	Tak	
19.	Zgodność elektromagnetyczna z urządzeniami wykorzystywanymi podczas zabiegów operacyjnych i monitorowania wg normy EN60601-1-2	Tak	
20.	Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe elementy grzewcze: koce i materace o różnych wymiarach	Tak	
21.	System nie wymagający stosowania dodatkowych akcesoriów lub materiałów zużywalnych	Tak	
22.	Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta.	Tak	
Pozostałe wymagania			
23.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Podać	
24.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
25.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	Tak	
26.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
27.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
28.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
29.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
30.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń	Tak	
31.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
32.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń.	Tak	
33.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



dotyczy Części Nr 9

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych:** Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar resuscytacyjno - zabiegowy – **2 szt.**

Przedmiot zamówienia: **Urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych:** Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna – **1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	Urządzenie do przepływowego ogrzewania płynów, w którym wymiennikiem ciepła jest aktywnie ogrzewany mankiet silikonowy o długości min. 120 cm podłączony do jednostki kontrolnej	Tak	
2	Dostosowany do podgrzewania płynów infuzyjnych oraz produktów krwiopochodnych	Tak	
3.	Wydajność ogrzewania około 1200 - 1500 ml/h +/-5%	Tak/podać	
4.	Przystosowany do współpracy ze standardowymi przyrządami do przetoczeń krwi i płynów infuzyjnych o długości min.150 cm – nie wymagający stosowania dodatkowych, dedykowanych elementów zużywalnych	Tak/podać	
5.	Mankiet grzewczy fi 5 mm wykonany z biokompatybilnego silikonu, całkowicie okrywający dren,	Tak	
6.	Gładka powierzchnia umożliwiające łatwe czyszczenie i dezynfekcję	Tak	
7.	Stała temperatura pracy 37°C	Tak	
8.	Trzy niezależne czujniki temperatury	Tak	
9.	Dźwiękowy i wizualny alarm przekroczenia temperatury	Tak	
10.	Ciągłe wyświetlanie bieżącej temperatury na ciekłokrystalicznym wyświetlaczu, z dokładnością $\pm 2,0^{\circ}\text{C}$	Tak	
11.	Wskaźnik ogrzewania oraz awarii	Tak	
12.	Niezależny układ zabezpieczający przed przegrzaniem	Tak	
13.	Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej	Tak	
14.	Zintegrowany uchwyt mocujący umożliwiający zamocowanie urządzenia na stojaku do kroplówek	Tak	
15.	Waga max. 1500 g	Tak/podać	
16.	Wymiary jednostki kontrolnej 90 x 60 x 160mm ± 5 mm	Tak/podać	
17.	Kabel zasilający o długości min. 3m	Tak/podać	
18.	Zabezpieczenie przed zalaniem na poziomie minimum IP X2	Tak/podać	
Pozostałe wymagania			
19.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Podać	



20.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
21.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	Tak	
22.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
23.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
24.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
25.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
26.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń	Tak	
27.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
28.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń.	Tak	
29.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 10

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Videolaryngoskop do trudnej intubacji:** Szpitalny Oddział Ratunkowy-obszar resuscytacyjno-zabiegowy - **1szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	Zestaw bezprzewodowy videolaryngoskop+łyżki,	Tak	
2.	Videolaryngoskop z zintegrowanym wyświetlaczem LCD min. 2,5 cala obrotowym w płaszczyźnie pionowej,	Tak	
3.	Minutowe wyświetlanie pozostałego czasu działania baterii,	Tak	
4.	Zintegrowana kamera CMOS wraz ze źródłem światła w postaci wysokowydajnej diody LED,	Tak	
5.	Zasilanie baterią litową 3,6V wraz z przewodnicą toru wizyjnego wykonano ze stali nierdzewnej,	Tak	
6.	Czas działania baterii 250 min,	Tak	
7.	Waga urządzenia nie większa niż 200 gramów,	Tak	
8.	Możliwość natychmiastowego użytku po włączeniu zasilania,	Tak	
9.	Dodatkowa bateria litowa 3,6V kompatybilna z videolaryngoskopem o czasie działania minimum 250 minut,	Tak	
10.	Jednorazowe łyżki : sterylne, wykonane z polimeru optycznego o grubości nie większej niż 12mm w miejscu połączenia z videolaryngoskopem, kompatybilna z przewodnicą toru wizyjnego, rozmiar do wyboru zleceniodawcy, ilość minimum 30 sztuk,	Tak	
11.	Jednorazowe łyżki : sterylne, wykonane z polimeru optycznego o grubości nie większej niż 12mm w miejscu połączenia z videolaryngoskopem, kompatybilna z przewodnicą toru wizyjnego, ze zwiększoną krzywizną, oznaczeniem numerycznym głębokości wprowadzenia, zaznaczenie na żółto strefy kontaktu optymalizującego umiejscowienie rurki intubacyjnej w rozmiarze 3 minimum 3 sztuki,	Tak	
12.	Videolaryngoskop dla dzieci i dorosłych,		
Pozostałe wymagania			
13.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Podać	
14.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
15.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
16.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii	TAK	



	trwającej powyżej 3 dni roboczych.		
17.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
18.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
19.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
20.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń	TAK	
21.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
22.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń.	TAK	
23.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

dotyczy Części Nr 10

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Videolaryngoskop**: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - **1szt**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	Zestaw bezprzewodowy videolaryngoskop+łyżki,	Tak	
2.	Videolaryngoskop z zintegrowanym wyświetlaczem LCD min. 2,5 cala obrotowym w płaszczyźnie pionowej,	Tak	
3.	Minutowe wyświetlanie pozostałego czasu działania baterii,	Tak	
4.	Zintegrowana kamera CMOS wraz ze źródłem światła w postaci wysokowydajnej diody LED,	Tak	
5.	Zasilanie baterią litową 3,6V wraz z przewodnicą toru wizyjnego wykonano ze stali nierdzewnej,	Tak	
6.	Czas działania baterii 250 min,	Tak	
7.	Waga urządzenia nie większa niż 200 gramów,	Tak	
8.	Możliwość natychmiastowego użytku po włączeniu zasilania,	Tak	
9.	Dodatkowa bateria litowa 3,6V kompatybilna z videolaryngoskopem o czasie działania minimum 250 minut,	Tak	
10.	Jednorazowe łyżki : sterylne, wykonane z polimeru optycznego o grubości nie większej niż 12mm w miejscu połączenia z videolaryngoskopem, kompatybilna z przewodnicą toru wizyjnego, rozmiar do wyboru zleceniodawcy, ilość minimum 30 sztuk,	Tak	
11.	Jednorazowe łyżki : sterylne, wykonane z polimeru optycznego o grubości nie większej niż 12mm w miejscu połączenia z videolaryngoskopem, kompatybilna z przewodnicą toru wizyjnego, ze zwiększoną krzywizną, oznaczeniem numerycznym głębokości wprowadzenia, zaznaczenie na żółto strefy kontaktu optymalizującego umiejscowienie rurki intubacyjnej w rozmiarze 3 minimum 3 sztuki,	Tak	
12.	Videolaryngoskop dla dzieci i dorosłych,		
Pozostałe wymagania			
13.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Podać	
14.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
15.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
16.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



17.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
18.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
19.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
20.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń	TAK	
21.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
22.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń.	TAK	
23.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



dotyczy Części Nr 10

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Zestaw do intubacji (laryngoskop):** Szpitalny Oddział Ratunkowy - obszar wstępnej intensywnej terapii – **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	Zestaw bezprzewodowy videolaryngoskop+łyżki,	Tak	
2.	Duża powierzchnia przekroju wiązki – min. 15 mm ² ,	Tak	
3.	Zimne światło diody LED,	Tak	
4.	Tor światłowodu zintegrowany na stałe z łyżką,	Tak	
5.	Zasilanie z diody LED o wysokim indeksie jasności,	Tak	
6.	Możliwość wielokrotnego sterylizowania w autoklawie w temp. 134 stopni Celsjusza i w roztworach sterylizacyjnych nie zawierających środków wybielających, utleniających, chloru, betadyny i nadtlenku wodoru.	Tak	
7.	Laryngoskop z trwałej stali nierdzewnej wg normy ASTM,	Tak	
8.	Wyposażony w min. 4 różne łyżki o różnych rozmiarach,	Tak	
9.	Wiązka światłowodowa na stałe zintegrowana z kształtką stalowej łyżki.	Tak	
10.	Videolaryngoskop dla dzieci i dorosłych,	Tak	
Pozostałe wymagania			
11.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Podać	
12.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
13.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
14.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
15.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
16.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
17.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
18.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
19.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
20.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń.	TAK	
21.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	



Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

dotyczy Części Nr 10

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Zestaw do wentylacji (ambu):** Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii - **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Tak	
1.	Wentylacja pacjentów o masie ciała powyżej 30 kg (wiek: powyżej 10 lat),	Tak	
2.	Wielorazowego użytku. W komplecie z rezerwuarem tlenu (nadający się do sterylizacji) i maską (z pompowanym, silikonowym mankietem),	Tak	
3.	Wyposażony w uchwyt ułatwiający trzymanie aparatu i wspomagający wyrównanie uciśnień we wszystkich trudnych sytuacjach (gdy jest mokry, gdy jest używany przez osobę o małych dłoniach),	Tak	
4.	Zawór ograniczający ciśnienie w drogach oddechowych zapewnia bezpieczeństwo pacjenta,	Tak	
5.	Objętość: 1475 ml +/- 10%	Tak	
6.	Dostarczana objętość oddechowca: 1100 ml +/- 10%	Tak	
7.	Objętość rezerwuaru tlenu: 1500 ml +/- 10%	Tak	
8.	Złącze pacjenta (do podłączenia maski): 22mm +/- 10%	Tak	
9.	Możliwość wielokrotnego sterylizowania w autoklawie w temp. 134 stopni Celsjusza, wraz z rezerwuarem tlenu	Tak	
10.	Wymiary (długość× średnica) 290mm×130mm +/-10%	Tak	
Pozostałe wymagania			
11.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Podać	
12.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
13.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
14.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
15.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
16.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
17.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
18.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
19.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
20.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń.	TAK	



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



21.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	
-----	--	-----	--

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 11

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwoleżynowym-**
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Model		
	Producent		
	Kraj pochodzenia		
	Rok produkcji		
	WYMAGANIA		
1.	Szczyty odejmowane, tworzywowe lekkie stanowiące jedną zwartą bryłę z kolorową wstawką z tworzywa, bez dodatkowych widocznych rur lub innych elementów mocujących dokręcanych do szczytu. Szczyty łóżka z możliwością zablokowania przed przypadkowym wypadnięciem np. podczas transportu, odblokowywane za pomocą jednego przycisku zlokalizowanego centralnie w dolnej części szczytu. Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka umieszczone od góry oraz z boku szczytu. Nie dopuszcza się szczytów przykręcanych/montowanych do metalowej rury w kształcie litery C.	Tak	
2.	Szczyt łóżka od strony głowy nie poruszający się wraz z leżem, będący zamocowany na stałe – rozwiązanie zabezpieczające przed niszczeniem ścian, paneli nad łózkowych przy regulacji funkcji Trendelenburga, regulacji wysokości leża	Tak	
3.	Barierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg pacjenta leżącego oraz w pozycji siedzącej.	Tak	
4.	Barierki boczne łatwe do obsługi przez personel medyczny zwalniane za pomocą jednej ręki wyposażone w system spowalniający opadanie wspomagany sprężyną gazową	Tak	
5.	Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytami mogącymi służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania	Tak	
6.	Barierki boczne ze zintegrowanymi uchwytami na worki urologiczne zapewniające dostęp niezależnie od położenia barierki bocznych	Tak	
7.	Barierki boczne wyposażone w wbudowany, zintegrowany wskaźnik kątowy z wykorzystaniem cieczy z wyraźnym zaznaczeniem kąta 30 ⁰ , 60 ⁰ dla segmentu pleców oraz wskaźnik pochylecia leża z zaznaczeniem kąta 16 ⁰ i 20 ⁰	Tak	



8.	Barierki boczne wyposażone w wbudowany podświetlany wskaźnik kątowy z wykorzystaniem cieczy, z wyraźnie zaznaczoną pozycją 30 ⁰ dla segmentu pleców informujący poprzez zmianę koloru podświetlenia o: - trybie czuwania - trybie gotowości do użycia - najniższej pozycji leża	Tak	
9.	Leże łożka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch szczelnych kolumnach cylindrycznych	Tak	
10.	Leże wypełnione pięcioma odczepianymi poprzecznymi tworzywowymi lamelami ABS, z systemem zatrząskiwania. Lamelle wyposażone w otwory wentylacyjne oraz system odprowadzania płynów pod łożko. Lamelle z tworzywa przezierne dla promieni RTG.	Tak	
11.	Koła z systemem sterowania jazdy na wprost i z centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami od strony nóg pacjenta, zlokalizowanymi bezpośrednio przy kołach.	Tak	
12.	Pojedyncze koła jezdne o średnicy min. 150 mm gwarantujące doskonałą mobilność łożka	Tak	
13.	Alarm dźwiękowy niezabezpieczonego hamulca. Alarm uruchamia się po podłączeniu łożka do sieci elektrycznej.	Tak	
14.	Łóżko wyposażone w dodatkowe 5te koło umieszczone pod leżem ułatwiające manewrowanie i przemieszczanie	Tak	
15.	sterowanie elektryczne łożka przy pomocy: 1. Zintegrowanych przycisków w górnych barierkach bocznych łożka od strony wewnętrznej dla pacjenta oraz zewnętrznej dla personelu (z obu stron), wyposażone w przycisk aktywujący sterowanie, regulacje: wysokość, kąt nachylenia pleców i uda oraz autokontur, 2. Centralny panel sterowania wszystkimi funkcjami elektrycznymi montowany na szczycie od strony nóg. Panel wyposażony w min. 3 pola odróżniające się kolorystycznie oraz kilkucentymetrowe piktogramy po kilka w każdym polu – rozwiązanie ułatwiające szybkie odnalezienie wybranej regulacji bez ryzyka przypadkowego wyboru funkcji. 3. Sterownika nożnego do sterowania wysokością leża oraz pozycji egzaminacyjnej, zabezpieczonego przed przypadkowym uruchomieniem, 4. Barierki boczne wyposażone w dodatkowy panel służący do regulacji pozycji mobilizacyjnej, W celach bezpieczeństwa nie dopuszcza się przycisków umieszczonych w barierce bocznej służących do sterowania regulacji: <ul style="list-style-type: none"> • anty i Trendelenburga • CPR (reanimacyjnej) • Antyszokowej • Krzesła kardiologicznego 	Tak	
16.	Sterowanie nożne regulacji wysokości oraz pozycji egzaminacyjnej czyli wyzerowania się leża i górnej pozycji wysokości umożliwiających obsługę łożka w sytuacjach gdy personel nie chce używać rąk (np. Ma ubrane rękawice i po naciśnięciu przycisku ręką powinien je wymienić) . Nie dopuszcza się pozycji egzaminacyjnej sterowanej wyłącznie z panelu sterowniczego – takie rozwiązanie nie powoduje ograniczenia ryzyka infekcji ze względu na oferowaną funkcję /konieczność wymiany rękawic /	Tak	
17.	Panele sterujące nożne zabezpieczone przed wnikaniem wody i pyłów. Przyciski z gumową osłoną. Nie dopuszcza się sterowników nożnych z odsłoniętymi tworzywowymi przyciskami.	Tak	
18.	Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łożka lub gniazdka. Kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym. Nie dopuszcza się przewodów prostych	Tak	
19.	Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania oraz wskaźnikiem informującym o konieczności wymiany baterii	Tak	
20.	Długość zewnętrzna łożka – 2180mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża o min. 29 cm	Tak	
21.	Szerokość zewnętrzna łożka – 945 mm (+/-50mm)	Tak	
22.	Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 345 mm do 730 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łożka i zapobiegająca „zeskakiwaniu” pacjenta z łożka	Tak	



23.	Panel sterowniczy wyposażony w funkcję automatycznego zatrzymania oparcia pleców pod kątem 30 st. przy regulacji w dowolnym kierunku	Tak	
24.	Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75° +/- 5°	Tak	
25.	Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° +/- 5°	Tak	
26.	Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
27.	Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4	Tak	
28.	Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 20° (+/- 4°) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
29.	Regulacja elektryczna pozycji anti-Trendelenburga 20° (+/- 4°) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	Tak	
30.	Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
31.	Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
32.	Elektryczna funkcja antyszokowa z każdej pozycji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Przycisk oznaczony innym kolorem niż pozycja Trendelenburga	Tak	
33.	Elektryczna regulacja pozycji egzaminacyjnej – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
34.	Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na centralnym panelu sterowania) dla poszczególnych regulacji (selektywny wybór): - regulacji wysokości - regulacji części plecowej - regulacji części nożnej Kontrolki informujące o aktywnych, zablokowanych funkcjach łóżka	Tak	
35.	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji – przycisk wyraźnie oznaczony na panelu centralnym oraz w barierkach	Tak	
36.	Odłączenie wszelkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) regulacji po określonym czasie nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji)	Tak	
37.	Charakterystyczny jeden przycisk bezpieczeństwa (nie będący blokadą poszczególnych funkcji) powodujący natychmiastowe odłączenie wszystkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze.	Tak	
38.	Łóżko posiadające wysuwaną spod leża półkę np. do odkładania pościeli lub schowania centralnego panelu sterowniczego	Tak	
39.	Tworzywowa osłona podstawy łóżka	Tak	
40.	Krażki odbojowe w każdym narożniku	Tak	
41.	4 gniazda/tuleje do montażu dodatkowego wyposażenia, np. wysięgnika ręki, ramy ortopedycznej.	Tak	
42.	Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego	Tak	
43.	System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polegający na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia.	Tak	
44.	System elektryczny łóżka wyposażony w pamięć ostatnich 1000 funkcji, przeciążeń oraz błędów	Tak	
45.	Możliwość rozbudowy łóżka o zintegrowany system zdalnie przekazujący informację o sytuacjach niebezpiecznych takich jak opuszczone barierki, odblokowane koła, wysokie położenie leża	Tak	



46.	Możliwość wyboru kolorystyki łóżka z zaproponowanego wzornika przez Wykonawcę – min. 5 kolorów	Tak	
47.	wyposażenie: 1. Barierki boczne dzielone zabezpieczające na całej długości opisane powyżej 1. Tworzywowe haczyki na worki urologiczne – 2szt po każdej stronie łóżka 2. Materac szpitalny o grubości min 140mm wykonany z piany poliuretanowej. Piana materaca posiada pofalowaną strukturę na całej swojej powierzchni zwiększając cyrkulację powietrza pomiędzy skórą pacjenta a materacem. Materac czterostronny w pokryciu nie przepuszczający płynów infuzyjnych a przepuszczający powietrze. Waga materaca nie większa jak 6,5 kg 3. Statyw kroplówki montowany w tuleje ramy leża 4. materac przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy opisany poniżej:	Tak	
	MATERAC PRZECIW ODLEŻYNOWY ZMIENNOCIŚNIENIOWY		
48.	Materac fabrycznie nowy	Tak	
49.	Materac aktywny, do terapii przeciwoleżynowej oraz umożliwiający szybkie leczenie odleżyn u pacjentów, u których powstały już wcześniej odleżyny	Tak	
50.	Materac zmiennociśnieniowy, komory napełniają się powietrzem i opróżniają na przemian co trzecia –system 1:3	Tak	
51.	Regulacja czasu trwania cyklu od 3 do 30 minut. Regulacji dokonuje się za pomocą membranowych przycisków, ustawienia widoczne na wyświetlaczu LCD	Tak	
52.	Funkcja szybkiego spuszczenia powietrza z zaworem CPR w czasie nie dłuższym niż 10 sekund	Tak	
53.	Komory ze specjalnymi otworami wentylującymi pacjenta i pozwalającymi wpływać na mikroklimat wokół pacjenta.	Tak	
54.	Materac kładziony bezpośrednio na ramę leża. System podwójnych komór, tzn we wnętrzu każdej głównej komory, wbudowana jest dodatkowa komora powietrzna.	Tak	
55.	Wymiary materaca 90x200x25cm ±2cm	Tak	
56.	Limit wagi pacjenta (skuteczność terapeutyczna) nie mniej niż 250kg	Tak	
57.	Materac automatycznie dostosowujący się do zmiany pozycji łóżka (poziom ciśnienia, podatny na zmianę ułożenia materiału). Posiadający system przesuwania powietrza pomiędzy komorami (w celu szybszego napełniania)	Tak	
58.	Konstrukcja materaca umożliwiająca łatwe odcinkowe usunięcie komór spod leżącego pacjenta celem realizowania terapii bezdotykowej, tzw. wypinanie pojedynczych komór.	Tak	
59.	Przewody materaca w pokrowcu ochronnym zakończone końcówką umożliwiającą ich łatwe zespolenie i odłączenie od pompy zasilającej materac. Posiadające zamknięcie transportowe – MATERAC Z FUNKCJĄ TRANSPORTOWĄ	Tak	
60.	Materac wyposażony w pokrowiec odporny na uszkodzenie, oddychający, wodoodporny i nieprzemakalny, rozciągliwy w dwóch kierunkach, redukujący działanie sił tarcia, na działanie środków dezynfekcyjnych i myjących	Tak	
61.	Pokrowiec paroprzepuszczalny, nie przepuszczający cieczy, odpinany na zamek z zabezpieczeniem z góry przed zalaniem. Zamek wyposażony w jeden suwak dla sprawnego odpinania. Pokrowiec z powłoką bakterioobójczą	Tak	



	<p>Pompa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) niski poziom hałasu, spadek napędu silnika po uzyskaniu ustawionego poziomu ciśnienia, 2) wyświetlacz informujący o wybranych ustawieniach, trybie pracy itp 3) sterowanie za pomocą przycisków membranowych, 4) trzy tryby pracy: statyczny, zmiennociśnieniowy oraz pielęgnacyjny, 5) możliwość ustawienia ciśnienia w komorach względem wagi pacjenta z dokładnością do 1 kg, ustawienie wyświetlane na wyświetlaczu pompy, 6) funkcję tłumienia drgań 7) alarm wizualny i dźwiękowy przy niskim ciśnieniu 8) regulacja czasu trwania cyklu 3 do 30 minut, skok co 1 minutę 9) uchwyty do zawieszenia jej na szczycie łóżka, 10) funkcja blokowania sterowania, 11) automatycznie uruchamiana blokada sterowania po min 4 minutach 12) sygnalizację awaryjnego działania pompy, zasilana 220-230V 		
	SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA		
62.	Szafka przyłóżkowa z możliwością ustawienia z prawej lub lewej strony łóżka	Tak	
63.	Szafka wyposażona w dodatkowy wysuwany blat np. do pisania lub jako miejsce na gazety, książkę itp.	Tak	
64.	Konstrukcja szafki lekka, kontenerowa wykonana z tworzywa sztucznego	Tak	
65.	Szerokość całkowita: 500 mm (+/- 30 mm) Długość całkowita: 480 mm (+/-30 mm) Wysokość całkowita: 825 mm (+/-30 mm)	Tak	
66.	Błat szafki wykonany z tworzywa	Tak	
67.	Czoła szuflad i drzwiczek wyposażone w zaokrąglone uchwyty nie wystające poza obrys szafki	Tak	
68.	Uchwyty do otwierania drzwiczek i szuflady pokryte antybakteryjną powłoką z miedzi -antybakteryjność potwierdzona certyfikatem CU+ - dołączyć certyfikat do umowy.	Tak	
69.	Szafka wyposażona w cztery koła o śr. min. 50 mm , w tym 2 z blokadą	Tak	
70.	Montaż i szkolenie pracowników	Tak	
	Pozostałe wymagania		
71.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
72.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
73.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	Tak	
74.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
75.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
76.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
77.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
78.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
79.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
80.	Szkolenie personelu technicznego	Tak	
81.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
82.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.



....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



dotyczy Części Nr 11

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Wózek anestezyjologiczny**- Szpitalny Oddział Ratunkowy-sala operacyjna -**1szt**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	Parametr	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Model		
	Producent		
	Kraj pochodzenia		
	Rok produkcji		
	WYMAGANIA		
1.	Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału charakteryzującego się wysoką wytrzymałością i trwałością: wysokoodporne tworzywo	Tak	
2.	Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad – zamykany na klucz.	Tak	
3.	Wymiary zewnętrzne wózka: - Wysokość : 90 cm, +/-5 cm - Głębokość : 72 cm, +/-5 cm - Szerokość: 83cm, +/-5cm	Tak	
4.	Wózek wyposażony w: - trzy szuflady o wysokości 100mm - dwie szuflady o wysokości 150 mm	Tak	
5.	Czoła szuflad z przezroczystymi pojemnikami z możliwością umieszczenia opisu identyfikującego zawartość szuflady. Pojemniki szuflad jednoczęściowe - odlane w formie bez elementów łączenia, bez miejsc narażonych na kumulację brudu i ognisk infekcji	Tak	
6.	Układ jezdny wysoce mobilny: 4 koła jezdne w tym 3 z blokadą, o średnicy min. 125mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem rozmieszczone w równych odległościach od siebie zwiększające zwrotność wózka	Tak	
7.	Listwa odbojowa chroniąca wózek i ściany przed uszkodzeniami	Tak	



8.	Wypożyczenie podstawowe wózka : - blat zabezpieczony z czterech stron przed zsuwaniem się przedmiotów, - uchwyt do przetaczania, - pojemnik do zużytych igieł, - otwieracz ampułek, - pojemnik na cewniki, - pojemnik na butelki, - kosz na odpadki , - co najmniej dwa przezroczyste umożliwiające identyfikację tego co znajduje się w środku odchylane pojemniki „kieszenie”, - wysuwana spod blatu półkę do pisania, - półkę na żel, - uchwyt na butlę z tlenem, - zintegrowane dwie boczne szuflady wysuwane spod blatu: jedna z wkładem ze stali nierdzewnej, druga na leki natychmiastowego użycia –ratujące życie z przezroczystą ścianką pozwalającą na ich identyfikację Wymienione wyposażenie nie powodujące zwiększenia gabarytów wózka i nie narażające na ich uszkodzenie – zintegrowane w budowie wózka	Tak	
9.	Wypożyczenie dodatkowe: - Tworzywowa nadstawka z pojemnikami na strzykawki, igły, drobne przedmioty. Pojemniki w dwóch rzędach, w dolnym 5 dużych, w górnym 6 mniejszych, - półka ze stali nierdzewnej montowana do nadstawki - szyna ze stali nierdzewnej na akcesoria montowana do nadstawki - wieszak kroplówki z regulacją wysokości montowany w blacie wózka	Tak	
10.	Kolorystyka szafki do wyboru , podać możliwości	Tak	
11.	Deklaracja zgodności, podać	Tak	
Pozostałe wymagania			
12.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
13.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
14.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	Tak	
15.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
16.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
17.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
18.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
19.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
20.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
21.	Szkolenie personelu technicznego	Tak	
22.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
23.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

dotyczy Części Nr 11

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **Wózek reanimacyjny-** Szpitalny Oddział Ratunkowy- sala operacyjna - **1szt**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Model		
	Producent		
	Kraj pochodzenia		
	Rok produkcji		
	WYMAGANIA		
1.	Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału charakteryzującego się wysoką wytrzymałością i trwałością: wysokoodporne tworzywo	Tak	
2.	Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad – zamykany na klucz.	Tak	
3.	Wymiary zewnętrzne wózka: - Wysokość : 90 cm, +/-5 cm - Głębokość : 72 cm, +/-5 cm - Szerokość: 83cm, +/-5cm	Tak	
4.	Wózek wyposażony w: - trzy szuflady o wysokości 100mm +/-5% - dwie szuflady o wysokości 150 mm +/-5%	Tak	
5.	Czoła szuflad z przezroczystymi pojemnikami z możliwością umieszczenia opisu identyfikującego zawartość szuflady Pojemniki szuflad jednoczęściowe - odlane w formie bez elementów łączenia, bez miejsc narażonych na kumulacje brudu i ognisk infekcji	Tak	
6.	Układ jezdny wysoce mobilny: 4 koła jezdne w tym 2 z blokadą, o średnicy min. 125mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem rozmieszczone w równych odległościach od siebie (kwadracie) zwiększające zwrotność wózka	Tak	
7.	Listwa odbojowa zabezpieczająca wózek i ściany przed uszkodzeniem	Tak	



8.	Wyposażenie podstawowe wózka : - blat zabezpieczony z czterech stron przed zsuwaniem się przedmiotów, - uchwyt do przetaczania, - pojemnik do zużytych igieł, - otwieracz ampułek (dwa rozmiary) - pojemnik na cewniki, - pojemnik na butelki, - kosz na odpadki, - przezroczysty umożliwiający identyfikację tego co znajduje się w środku odchylany pojemnik „kieszonki”, - wysuwana spod blatu półkę do pisania, - półkę na żel, - uchwyt na butlę z tlenem, - zintegrowane dwie boczne szuflady wysuwane spod blatu: jedna z wkładem ze stali nierdzewnej, druga na leki natychmiastowego użycia –ratujące życie z przezroczystą ścianką pozwalającą na ich identyfikację Wymienione wyposażenie nie powodujące zwiększenia gabarytów wózka i nie narażające na ich uszkodzenie – zintegrowane w budowie wózka	Tak	
9.	Wyposażenie dodatkowe: - półka na defibrylator w górnej części blatu, - wieszak kroplówki z regulacją wysokości, - płyta do masażu serca, - zasilanie elektryczne z rozdzielaczem, - dodatkowa półka na ssak,	Tak	
10.	Kolorystyka szafki do wyboru , podać możliwości	Tak	
11.	Deklaracja zgodności podać	Tak	
Pozostałe wymagania			
12.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
13.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
14.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	Tak	
15.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
16.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
17.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
18.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
19.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
20.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
21.	Szkolenie personelu technicznego	Tak	
22.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
23.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



dotyczy Części Nr 11

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **Wózek zabiegowy**- Szpitalny Oddział Ratunkowy-sala operacyjna - **2szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Model		
	Producent		
	Kraj pochodzenia		
	Rok produkcji		
	WYMAGANIA		
1.	Wymiary: 740x440x810 mm +/- 10%	Tak	
2.	-2x blat, 2x uchylna miska, 2x uchwyt do prowadzenia	Tak	
3.	WYKONANIE: w całości ze stali kwasoodpornej odpornej na działanie czynników dezynfekujących	Tak	
4.	Wyposażony w koła o średnicy 50 mm, w tym dwa z blokadą, blat prosty	Tak	
5.	Uchylna miska ze stali nierdzewnej	Tak	
	Pozostałe wymagania		
6.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
7.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
8.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	Tak	
9.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
10.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
11.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
12.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
13.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
14.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
15.	Szkolenie personelu technicznego	Tak	
16.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
17.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

dotyczy Części Nr 11

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **Łóżko intensywnej terapii** - Szpitalny Oddział Ratunkowy- obszar wstępnej intensywnej terapii - **2 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Model		
	Producent		
	Kraj pochodzenia		
	Rok produkcji		
	WYMAGANIA		
1.	Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka	Tak	
2.	Łóżko wyposażone w akumulator z sygnalizacją jego naładowania	Tak	
3.	Długość zewnętrzna łóżka – 2150mm (+/- 50mm).	Tak	
4.	Możliwość skracania i wydłużania leża o min 100 mm	Tak	
5.	Szerokość zewnętrzna łóżka z zamontowanymi barierkami – 950mm (+/-50mm).	Tak	
6.	Leże łóżka 4 – sekcyjne, w tym 3 segmenty ruchome. Leże wypełnienie panelami tworzywowymi. Panele gładkie, łatwo demontowalne bez użycia narzędzi, lekkie nadające się do dezynfekcji. Leże każdego łóżka przystosowane do montażu barierki bocznej oraz protektorów zabezpieczających pacjenta na całej długości leża	Tak	
7.	Długość podstawy łóżka 160 cm +/- 2cm/ szerokość podstawy łóżka 80 cm +/- 2cm/ dla zapewnienia maksymalnej stabilności leża w każdym jego położeniu	Tak	
8.	Szczyty łóżka tworzywowe, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu i stracenia kontroli nad łóżkiem.	Tak	
9.	Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy: <ul style="list-style-type: none"> • Pilota przewodowego dla pacjenta z podświetlanymi przyciskami i latarką • Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku. Możliwość umieszczenia panelu w półce na pościel 	Tak	
10.	Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 350 mm do 750 mm (+/- 30mm), gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka	Tak	
11.	Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° (+/-5°)	Tak	
12.	Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 34° (+/-5°)	Tak	



13.	Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków na pilocie dla pacjenta i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
14.	Funkcja autoregresji niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie pleców: min.9cm.	Tak	
15.	Funkcja autoregresji niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie uda: min.5cm.	Tak	
16.	Funkcja Ergoframe (zaawansowana autoregresja) system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4.	Tak	
17.	Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 15° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
18.	Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 15° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	Tak	
19.	Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
20.	Regulacja elektryczna do pozycji antyszokowej – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
21.	Regulacja elektryczna funkcji CPR – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
22.	Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji: - regulacji wysokości - regulacji części plecowej - regulacji części nożnej Elektroniczne wskaźniki informujące o zablokowanych, aktywnych funkcjach łóżka na panelu sterowniczym i pilocie pacjenta	Tak	
23.	Alarm dźwiękowy informujący o próbie użycia zablokowanej funkcji	Tak	
24.	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji . Przyciski aktywacji dostępne w sterowaniu: na panelu i pilocie	Tak	
25.	Odłączenie wszelkich regulacji po określonym czasie nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji)	Tak	
26.	Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze.	Tak	
27.	Mechaniczna funkcja CPR	Tak	
28.	Koła o średnicy min 125mm z możliwością centralnego blokowania	Tak	
29.	Alarm dźwiękowy informujący o odblokowanych kołach przy podłączonym zasilaniu sieciowym	Tak	
30.	Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250 kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego. System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia.	Tak	
31.	Waga łóżka z materacem poniżej 140 kg	Tak	
32.	Materac zabezpieczający profilaktykę przeciwoleżynową do II stopnia. Materac o grubości min 140mm wykonany z piany poliuretanowej. Piana materaca posiada pofalowaną strukturę na całej swojej powierzchni zwiększając cyrkulację powietrza pomiędzy skórą pacjenta a materacem. Materac czterostronny w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze. Waga materaca nie większa jak 6,5 kg	Tak	



33.	<p>Wyposażenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barierki boczne metalowe lakierowane składane wzdłuż ramy leżą o wysokości min 450mm. Barierki wyposażone w uchwyt z system blokady umożliwiającym odblokowywanie, składanie za pomocą jednej ręki. Mechanizm wbudowany w górną poprzeczkę barierki – do wszystkich łóżek • Dodatkowe barierki – powodujące zabezpieczenie leża na całej długości • Statyw kroplówki – montowany za głową chorego • Wysuwana spad leża - lakierowana półka na pościel z miejscem do odkładania panelu sterowniczego – do wszystkich łóżek • Listwa z miejscem na zawieszanie worków urologicznych z tworzywowymi zaczepami do wszystkich łóżek • dodatkowy zapasowy materac opisany poniżej: • Szafka przyłóżkowa opisana poniżej: 	Tak	
34.	Montaż i szkolenie pracowników	Tak	
	Materac p. odleżynowy zmiennociśnieniowy	Tak	
35.	Materac zmiennociśnieniowy, komory winny napełniać się powietrzem i opróżniać na przemian co trzecia w cyklu 10-minutowym –system 1:3 (Nie dopuszcza się materacy pracujących w trybach innych np. 2:1 nie dających skutecznej terapii przeciwoleżynowej).	Tak	
36.	System pracy 3 do 1 co oznacza iż w czasie 1/3 cyklu co trzecia komora pozostaje bez powietrza, tj komory nr 1,4,7,10, 13, 16 pozostają bez powietrza przez 1/3 czasu trwania cyklu, następnie zostają napełnione powietrzem, a komory nr 2,5,8,11,14,17 zostają opróżnione, po czym następuje zmiana na komory 3,6,9,12,15,18.	Tak	
37.	3 aktywne przewody powietrzne łączące pompę z materacem doprowadzające powietrze do komór, umożliwiające pracę w systemie 3 do 1.	Tak	
38.	Funkcja szybkiego spuszczenia powietrza z zaworem CPR w czasie nie dłuższym niż 10 sekund(istotne w czasie zagrożenia życia pacjenta i konieczności szybkiego spuszczenia powietrza z materaca celem prowadzenia skutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej).	Tak	
39.	Komory ze specjalnymi otworami wentylującymi pacjenta i pozwalającymi wpływać na mikroklimat wokół pacjenta.	Tak	
40.	Wysokość komór materaca 12,5 cm.	Tak	
41.	Wymiary materaca 90x200cm ±2cm	Tak	
42.	Limit wagi pacjenta (skuteczność terapeutyczna) nie mniej niż 180kg	Tak	
43.	Materac automatycznie dostosowujący się do zmiany pozycji łóżka (poziom ciśnienia, podatny na zmianę ułożenia materiału). Posiada system przesuwania powietrza pomiędzy komorami (w celu szybszego napełniania). Powlekane koszulki na spodzie pokrowca materaca przyczyniające się do zmniejszenia sił tarcia u pacjentów przebywających w pozycji siedzącej i w ten sposób zapobiegających uszkodzeniom skóry u tych pacjentów.	Tak	
44.	Konstrukcja materaca umożliwiająca łatwe odcinkowe usunięcie komór spod leżącego pacjenta celem realizowania terapii bezdotykowej, tzw. wypinanie pojedynczych komór.	Tak	
45.	Przewody materaca w pokrowcu ochronnym zakończone końcówką umożliwiającą ich łatwe zespolenie i odłączenie od pompy zasilającej materac. Posiadające zamknięcie transportowe – MATERAC Z FUNKCJĄ TRANSPORTOWĄ	Tak	
46.	Materac wyposażony w pokrowiec odporny na uszkodzenie, oddychający, wodoodporny i nieprzemakalny, rozciągliwy w dwóch kierunkach, redukujący działanie sił tarcia. Pokrowiec i komory dostosowane do mycia i dezynfekcji.	Tak	
47.	Materac zmiennociśnieniowy, komory winny napełniać się powietrzem i opróżniać na przemian co trzecia w cyklu 10-minutowym –system 1:3 (Nie dopuszcza się materacy pracujących w trybach innych np. 2:1 nie dających skutecznej terapii przeciwoleżynowej).	Tak	



48.	<p>Pompa :</p> <ul style="list-style-type: none"> niski poziom hałasu do 26 dB, (spadek napędu silnika po uzyskaniu ustawionego poziomu ciśnienia) co daje komfort pacjentowi oraz personelowi medycznemu pracującemu w pobliżu pompy) sterowanie manualne (pokrętko) umożliwiające regulację ciśnienia w komorach materaca, funkcję tłumienia drgań alarm wizualny przy niskim ciśnieniu stały 10 minutowy cykl pracy uchwyty do zawieszenia pompy na szczycie łóżka z regulacją rozstawu w celu stabilnego zainstalowania na szczycie łóżka sygnalizację awaryjnego działania pompy, wbudowany filtr powietrza, łatwy do wymiany bez użycia narzędzi możliwość współpracy pompy z materacem o bezpiecznej skutecznej terapeutycznie nośności 250kg. <p>zasilana 220-230V</p>	Tak	
SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA			
49.	Szafka przyłóżkowa z możliwością ustawienia z prawej lub lewej strony łóżka	Tak	
50.	Szafka wyposażona w dodatkowy wysuwany blat np. do pisania lub jako miejsce na gazety, książkę itp.	Tak	
51.	Konstrukcja szafki lekka, kontenerowa wykonana z tworzywa sztucznego	Tak	
52.	Szerokość całkowita: 500 mm (+/- 30 mm) Długość całkowita: 480 mm (+/-30 mm) Wysokość całkowita: 825 mm (+/-30 mm)	Tak	
53.	Blat szafki wykonany z tworzywa	Tak	
54.	Czoła szuflad i drzwiczek wyposażone w zaokrąglone uchwyty nie wystające poza obrys szafki	Tak	
55.	Uchwyty do otwierania drzwiczek i szuflady pokryte antybakteryjną powłoką z miedzi -antybakteryjność potwierdzona certyfikatem CU+- dołączyć certyfikat do umowy.	Tak	
56.	Szafka wyposażona w cztery koła o śr. min. 50 mm , w tym 2 z blokadą	Tak	
57.	Montaż i szkolenie pracowników	Tak	
Pozostałe wymagania			
58.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
59.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
60.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	Tak	
61.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
62.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
63.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
64.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	Tak	
65.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	Tak	
66.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	Tak	
67.	Szkolenie personelu technicznego	Tak	
68.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	Tak	
69.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeń imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



CZĘŚĆ NR 12

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **RTG ramię C** – Szpitalny Oddział Ratunkowy - sala operacyjna – **1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
Generator			
1.	Zasilanie jednofazowe 230V/ 50 Hz	Tak	
2.	Zakres dopuszczalnych wahań napięcia zasilającego +/- 10%	Tak	
3.	Moc generatora max. 2,5 kW	Tak	
4.	Typ generatora, wysokiej częstotliwości min. 40 kHz	Tak	
5.	Prąd skopii ciągłej / impulsowej min. 10mA	Tak	
6.	Radiografia cyfrowa	Tak	
7.	Prąd radiografii analogowej i cyfrowej min. 20 mA	Tak	
8.	Układ minimalizujący dawkę przy skopii min. 50%	Tak	
9.	Zakres napięć fluoroskopii i radiografii 40-110 kV	Tak	
10.	Automatyka doboru parametrów skopii	Tak	
11.	Skopia pulsacyjna w zakresie 1 do 25 pulsów/s	Tak	
12.	Kontrola czasu trwania pulsu min. w zakresie 10-25ms	Tak	
Lampa X - RAY			
13.	Lampa ze stacjonarną anodą -jednoogniskowa	Tak	
14.	Totalna filtracja min 3,8 mm Al.	Tak	
15.	Ognisko max. 0,6 mm	Tak	
16.	Pojemność cieplna anody min 50 kHU	Tak	
17.	Pojemność cieplna kołpaka min 1 100 kHU	Tak	
18.	Szybkość chłodzenia anody min 51 kHU/min	Tak	
19.	Kolimator typu IRIS	Tak	
20.	Kolimator szczelinowy z rotacją	Tak	
21.	Ustawienie kolimatorów na zamrożonym obrazie bez użycia promieniowania	Tak	
Wózek z ramieniem C			
22.	Waga wózka z ramieniem C max. 315 kg	Tak	
23.	Głębokość ramienia C min. 67 cm	Tak	



24.	Odległość kołpak - wzmacniacz obrazu (wolna przestrzeń) min. 75 cm	Tak	
25.	Odległość SID min. 97 cm	Tak	
26.	Zakres ruchu poziomego ramienia C min. 22 cm	Tak	
27.	Zakres ruchu pionowego ramienia C min. 42 cm	Tak	
28.	Zakres obrotu ramienia C wokół osi pionowej (Wig-Wag) Min. 20°	Tak	
29.	Zmotoryzowany ruch pionowy	Tak	
30.	Całkowity zakres obrotu ramienia wokół osi poziomej min. ±220°	Tak	
31.	Zakres ruchu orbitalnego min. 135°	Tak	
32.	Ramię C zbalansowane w każdej pozycji	Tak	
33.	Urządzenie zabezpieczające przed najeżdżaniem na leżące przewody	Tak	
34.	Wielofunkcyjna pojedyncza dźwignia służąca jako hamulec oraz sterowanie kołami aparatu.	Tak	
35.	Wielofunkcyjny programowalny pedał z minimum 5 trybami pracy konieczne z możliwością włączania promieniowania i zapisu oraz włącznik ręczny i dodatkowy klawisz wyzwalania promieniowania np. w obrębie ramienia C, podać opisać rozwiązania zaoferowane.	Tak, podać	
36.	Uchwyt na wzmacniaczu obrazu do łatwego pozycjonowania ramienia podczas zabiegu	Tak	
Wzmacniacz obrazu			
37.	Srednica nominalna min 9"	Tak	
38.	Ilość pól wzmacniacza obrazu min 3	Tak	
39.	Rozdzielczość kamery CCD 1024 x 1024	Tak	
Monitor, tor wizyjny			
40.	Monitory medyczne umieszczone na wózku. ramienia C rozdzielczość monitora min. 1280 x 1024	Tak, podać	
41.	Dwa monitory o przekątnej min 19"	Tak	
42.	Kąt widzenia (obrazu min. 176°)	Tak	
43.	Wyjście TV OUT do podłączenia dodatkowego monitora lub systemów nawigacji.	Tak	
44.	Ilość obrazów wyświetlana jednocześnie na monitorze min. 16 obrazów	Tak	
45.	Matryca obrazu zapamiętanego min. 1024 x 1024	Tak	
46.	Pojemność pamięci na dysku twardym min. 10 000 obrazów	Tak	
47.	Archiwizacja poprzez port USB – zapis obrazów w formacie umożliwiającym odtworzenia zdjęć na dowolnym komputerze bez konieczności posiadania dodatkowego oprogramowania. Dodatkowy system archiwizacji.	Tak	
48.	Archiwizacja obrazów w formacie TIFF	Tak	
49.	Funkcja „Last Image Hold” (LIH)	Tak	
50.	Nagrywanie sekwencji ruchomych (CINE) min 8 klatek na sekundę	Tak	
51.	ZOOM min. x 3	Tak/podać	
52.	Cyfrowe odwracanie obrazu góra/dół, lewo /pravo na monitorze	Tak	
53.	Obraz lustrzany	Tak	
54.	Obrót obrazu płynny cyfrowy bez ograniczeń kąta i kierunku obrotu i wyzwalania dodatkowych dawek promieniowania	Tak	
55.	Automatyczna regulacja jasności monitora w zależności od oświetlenia sali	Tak	
56.	Układ pomiaru dawki z wyświetlaczem cyfrowym i archiwizacją dawki na zdjęciu na monitorze, w pamięci aparatu oraz na zdjęciu drukowanym.	Tak	
57.	Monitor dotykowy znajdujący się na wózku ramienia C kolorowy 640x480 do sterowania wszystkimi funkcjami generatora i programami aparatu z opcją podglądu skopii live	Tak	
Wyposażenie dodatkowe			
58.	Videoprinter na papier	Tak	
59.	Wskaźnik laserowy zintegrowany we wzmacniaczu obrazu	Tak	
60.	Wyjście DICOM – min. storage, worklist	Tak	



61.	Instrukcja użytkownika w języku polskim (z dostawą)	Tak	
Pozostałe wymagania			
62.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
63.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	Tak	
64.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	Tak	
65.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	Tak	
66.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
67.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
68.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
69.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
70.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
71.	Szkolenie personelu technicznego	TAK	
72.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
73.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 13

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **Diatermia** – Szpitalny Oddział Ratunkowy – sala operacyjna - **1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
1.	Częstotliwość podstawowa generatora min. 447kHz	TAK	
2.	Dostosowanie do resekcji transuretralnej TUR-przy pracy w środowisku ciekłym	TAK	
3.	Specjalne programy: laparoscopia, artroskopia, chirurgia ogólna, argon	TAK	
4.	Możliwość zapisu indywidualnych ustawień urządzenia: Możliwe zapisanie w pamięci urządzenia 7 różnych ustawień indywidualnych (tryby pracy, tryby aktywacji, wartości dawek)	TAK/podać	
5.	Tryb pracy monopolarnej: cięcie bez koagulacji, cięcie z koagulacją (3 głębokości), cięcie w osłonie argonu, koagulacja punktowa, koagulacja punktowa powierzchniowa, koagulacja natryskowa, koagulacja argonowa	TAK/podać	
6.	Moc wyjściowa skuteczna max przy cięciu monopolarnym [W]/rezystancja obciążenia Ohm min.300/500	TAK	
7.	Napięcie maksymalne przy cięciu monopolarnym min.1800	TAK	
8.	Moc wyjściowa skuteczna max przy koagulacji monopolarnej [W]/rezystancja obciążenia Ohm: 120/500	TAK	
9.	Napięcie maksymalne przy koagulacji monopolarnej: 2300 kontaktowa 2800 natryskowa	TAK	
10.	Liczba niezależnych wyjść bipolarnych: min.2	TAK	
11.	Liczba niezależnych wyjść monopolarnych: min.2	TAK	
12.	Tryb pracy bipolarnej: cięcie i koagulacja	TAK	
13.	Moc wyjściowa skuteczna max. przy cięciu bipolarnym [W]/rezystancja obciążenia Ohm: 80/100	TAK	
14.	Napięcie max przy cięciu bipolarnym Vp-p[V]: 480	Tak	
15.	Moc wyjściowa maksymalna przy koagulacji bipolarnej [W]: 80-100	Tak	
16.	Napięcie max przy koagulacji bipolarnej Vp-p[V]: 480	Tak	
17.	Tryb auto koagulacji: Możliwość aktywacji automatycznej koagulacji w trybie bipolarnym z regulowanym opóźnieniem od 0 do 4 s (10 stopni regulacji)	Tak	



18.	Zabezpieczenia: system ciągłej kontroli i monitorowania przylegania elektrody biernej PDM, sygnalizacja błedu dawki, kontrola czasu ciągłej aktywacji, ciągła kontrola prądów upływności, kodowa sygnalizacja błędów	Tak	
19.	Układ monitorowania jakości kontaktu elektrody powrotnej: Ciągły system kontroli przylegania elektrody biernej przy elektrodach dzielonych oraz system analizy kontaktu przy zastosowaniu elektrod niedzielonych. Próbkowanie co 10 msec	Tak	
20.	Informacja o poprawnym podłączeniu elektrody biernej na wyświetlaczu urządzenia	Tak	
21.	Wyświetlacz danych: ciekłokrystaliczny LCD	Tak	
22.	Sygnalizacja akustyczna: dwutonowa	Tak	
23.	Masa aparatu max. 9kg	Tak	
24.	Wymiary aparatu: 305 mm x 175 mm x 305 mm +/-5%	Tak	
25.	Inne cechy charakterystyczne, funkcje specjalne: Kontrola startu cięcia i koagulacji, automatyczna kontrola koagulacji, wydzielone funkcje micro cięcia i mikrokoagulacji z precyzyjną regulacją co 0,1 W, możliwość współpracy z wielorazowymi i jednorazowymi nie dzielonymi i dzielonymi elektrodami neutralnymi	Tak/podać	
26.	Zgodność z normami: CSA, IEC, 60-601-2-2, ISO 9001, SEV, UL, FDA	Tak/podać	
27.	Sterownik nożny dwuprzyciskowy, wodoodporny typu VARIO (możliwość płynnej regulacji mocy koagulacji od 0 do wartości nastawionej)	TAK	
28.	Przewód do elektrody neutralnej jednorazowej, długość 5m	TAK	
29.	Elektrody neutralne jednorazowe, powierzchnia 128cm ² , 50 szt. w opakowaniu po 5 szt., sterylne	TAK	
30.	Przewód do elektrody neutralnej wielorazowej, długość 3,5m	TAK	
31.	Silikonowa podwójna elektroda neutralna, dwustronna, powierzchnia 500cm ² +/-5%	TAK	
32.	Uchwyt do elektrod monopolarnych 4mm, dwuprzyciskowy do cięcia i koagulacji z kablem, wielorazowy	TAK	
33.	Wielorazowy przewód bipolarny, długość 4m, gniazdo po stronie narzędzia: Wtyk okrągły (Aesculap) Wypustka (Aesculap) Wtyk okrągły (USA)	TAK	
34.	Wielorazowy przewód monopolarny, długość 3,5m, gniazdo przyłączeniowe po stronie narzędzia 4mm, Przyłącze AAG/Martin	TAK	
35.	Przewód zasilający	TAK	
	Pozostałe wymagania		
36.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
37.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
38.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
39.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
40.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
41.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
42.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
43.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
44.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
45.	Szkolenie personelu technicznego	TAK	
46.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
47.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie	TAK	



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



	z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji		
--	---	--	--

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 14

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **Negatoskop cyfrowy**- Szpitalny Oddział Ratunkowy-sala operacyjna - **1szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymagań
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
1.	Stacja wykonana do zawieszenia na ścianie, obudowa wysokiej klasy pokryta lakierem proszkowym	TAK	
2.	Wysokiej klasy monitor referencyjny o przekątnej obrazu min. 46" i rozdzielczości min. 1920 x 1080 Full HD, wbudowany tryb pracy zgodny z DICOM, jasność 700 cd/m ² , kontrast 4000:1, kąty widzenia 178°/178° wbudowany tryb pracy zgodny z DICOM Part 14, sprzętowa kalibracja do DICOM w tablicy LUT monitora, matryca SPV-A	TAK	
3.	Szyba z 8- krotną redukcją niepożądanych refleksów świetlnych	TAK	
4.	Wydajny system komputerowy wyposażony m. in. w : Procesor Intel i3 3,20 GHz (możliwość zmiany procesora i5, i7 na życzenie), Płyta główna Intel, Pamięć RAM min. 4 GB, Dysk twardy HDD min. 500 GB, Gniazdo LAN 10/100/1000 MBit zabezpieczone przed zalaniem, USB 2.0 – 2 gniazda zabezpieczone przed zalaniem z przodu obudowy, Karta graficzna – profesjonalna karta graficzna zapewniająca wysoką dokładnością odwzorowania obrazu, Nagrywarka DVD+/-RW , System Operacyjny Windows 7 Pro	TAK	
5.	Dodatkowe wejścia wideo HDMI, VGA, HD SDI	TAK	
6.	Klawiatura medyczna z powłoką antybakteryjną i touchpad'em silikonowa z możliwością składania, dezynfekowana, przewody zabudowane niewidoczne	TAK	
7.	Normy PN-EN 60601-1:2011 (bezpieczeństwo wyrobów medycznych) i PN-EN 60601-1-2:2007 (kompatybilność elektromagnetyczna), zgodne z dyrektywą MDD 93/42/EEC ze zmianami 2007/47/EC, Wpis do rejestru Wyrobów Medycznych, certyfikat CE	TAK	
8.	Waga negatoskopu nie większa niż 100kg	TAK	
9.	Wymiary: 1280x967x150 (szer.xwys.xgrub.)mm +/- 10%	TAK	
	Pozostałe wymagania		
10.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	



11.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
12.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	TAK	
13.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
14.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
15.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
16.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
17.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
18.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
19.	Szkolenie personelu technicznego	TAK	
20.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
21.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
Pieczeńć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



CZĘŚĆ NR 15

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **Sprzęt do pomiaru rzutu serca**- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - **1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
1.	Wykorzystanie dotychczas stosowanych systemów i procedur pomiaru ciśnienia inwazyjnego	TAK	
2.	Współpraca z dowolnym przetwornikiem ciśnienia inwazyjnego	TAK	
3.	Współpraca z dowolnym monitorem przyłóżkowym	TAK	
4.	Bez wymogu specjalnego dodatkowego dostępu tętniczego lub żylnego	TAK	
5.	Wykorzystanie standardowego dostępu tętniczego: tętnica promieniowa, udowa, grzbietowa stopy	TAK	
6.	Możliwość ciągłego monitorowania ciśnienia tętniczego metodą nieinwazyjną (opcja)	TAK	
7.	Możliwość ciągłego monitorowania głębokości znieczulenia metodą BIS (opcja)	TAK	
8.	Monitor niekalibrowany z możliwością kalibracji	TAK	
9.	Monitorowane parametry: - ciśnienie: średnie ciśnienie tętnicze(MAP) skurczowe (SYS) rozkurczowe (DIA) - częstość akcji serca (HR); - zmienność akcji serca (HRV); - rzut serca (CO) i (COI) - objętość minutowa serca (SV) i (SVI) - układowy opór naczyniowy (SVR) i (SVRI) - zmiany ciśnienia tętna (PPV) - objętości wyrzutowej (SVV)	TAK	
10.	Monitorowanie zmian parametrów hemodynamicznych po interwencji	TAK	



11.	Monitorowanie parametrów w czasie rzeczywistym: w cyklu skurcz-skurcz, bez uśrednienia wartości i z możliwością uśrednienia	TAK	
12.	Monitorowanie parametrów w postaci graficznej (trendy) i cyfrowej (tabelarycznej)	TAK	
13.	Możliwość ustawienia znacznika wartości wyjściowych lub docelowych monitorowanych parametrów	TAK	
14.	Jednoczesne wyświetlanie cyfrowych i graficznych parametrów na ekranie monitora	TAK	
15.	Długoczasowa rejestracja monitorowanych parametrów w celu ich późniejszej analizy (min. 6 miesięcy)	TAK	
16.	Możliwość przeglądania zarejestrowanych parametrów w postaci graficznej lub cyfrowej	TAK	
17.	Możliwość przesyłania monitorowanych parametrów do zewnętrznego szpitalnego systemu informatycznego: Ethernet, USB, RS232C	TAK	
18.	Oprogramowanie do przeglądania i analizy zarejestrowanych parametrów monitorowania do instalacji na komputerach z systemem MS Windows	TAK	
19.	Ekran monitora: dotykowy, kolorowy LCD, min. 12"	TAK	
20.	Łatwa i szybka instalacja monitora	TAK	
21.	Polskie menu i polska instrukcja obsługi	TAK	
22.	Uchwyt do statywu pionowego oraz do szyny ściennej	TAK	
23.	Procedura pomiaru rzutu serca wykonywana przy pomocy oferowanego aparatu do monitorowania parametrów hemodynamicznych jest rozliczana przez NFZ wg aktualnej skali TISS 28.	TAK	
	Pozostałe wymagania		
24.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
25.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
26.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych.	TAK	
27.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
28.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
29.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
30.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
31.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
32.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
33.	Szkolenie personelu technicznego	TAK	
34.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
35.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



CZĘŚĆ NR 16

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Przedmiot zamówienia: **Przyłóżkowy aparat USG**: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - **1szt**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Kraj pochodzenia	Podać	
	Rok produkcji fabrycznie nowe	Podać/TAK	
1.	Aparat nowy, rok produkcji minimum 2017, przenośny z panelem dotykowym z możliwością zamontowania na wózku jezdnym dedykowany do zastosowań na bloku operacyjnym	TAK	
2.	Wymiary aparatu: szerokość – max 35 cm głębokość – max 30 cm wysokość – max 10 cm (+/- 1 cm)	TAK	
3.	Uchwyt transportowy aparatu	TAK	
4.	Waga aparatu (bez głowicy): max 6 kg	TAK	
5.	Aktywne porty głowic w aparacie: min 1 port	TAK	
6.	Zasilanie z wbudowanego akumulatora oraz poprzez zasilacz z sieci prądu zmiennego. Możliwość pracy na w pełni naładowanej baterii minimum 2 godziny	TAK	
7.	Wbudowana pamięć wewnętrzna :min 64 GB, Formaty zapisu : JPG, AVI	TAK	
8.	Wbudowane w aparat porty :USB: min 2 porty Express Card : min. 1	TAK	
9.	Możliwość dezynfekcji monitora oraz głowic środkami zawierającymi alkohol izopropylowy (np. Kodan, Skinsept, Oktenisept itp.)	TAK	
10.	Monitor - wzmocniony odporny na uderzenia	TAK	
11.	Czas uruchomienia aparatu do pracy : max 60 sekund lub z trybu STAND-BY poniżej 20 sekund	TAK	
12.	Urządzenie posiada certyfikat CE oraz zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych.	TAK	
13.	Instrukcje obsługi w języku polskim	TAK	
	OBRÓBKA SYGNAŁU		
14.	Cyfrowy beamformer	TAK	
15.	Ciągłe dynamiczne ogniskowanie 256 odcieni szarości	TAK	
16.	Dynamika systemu min.156 dB	TAK	
17.	Urządzenie pracujące w zakresie od 2 do 15 MHz	TAK	
18.	Powiększenie obrazu, tzw. zoom min. x 2	TAK	
	MONITOR	TAK	
19.	Przekątna monitora: min 30 cm	TAK	



20.	Rozdzielczość monitora: min 800 x 600	TAK	
21.	Monitor stanowi jednocześnie panel dotykowy pozwalający na płynną regulację również poprzez użycie rękawiczek sterylnych. Wyklucza się klawiaturę alfanumeryczną stanowiącą integralną część aparatu usg	TAK	
OPROGRAMOWANIE			
22.	Dostępne aplikacje: jama brzuszna, mięśniowo-szkieletowy, nerwy, naczynia oraz specjalistyczne: leczenie bólu, blokady doraźne, blokady zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe, blokady przewodowe, minimum : blokada pachowa, nadobojczykowa podobojczykowa, blokada nerwu zasłonowego, kulszowego, udowego	TAK	
23.	Tryby pracy B – mode / 2 B Mode M – mode / B+M Mode Doppler kolorowy Doppler Power Wzmocnienie poziome sygnału, krzywa TGC z elektroniczną regulacją wzmocnienia: min 5 stref (wyklucza się potencjometri suwakowe)	TAK	
24.	Możliwość ustawienia proporcji obrazu B Mode / M Mode minimum 3	TAK	
25.	Regulacja głębokości penetracji do min 24 cm	TAK	
26.	Możliwość nagrywania plików video o długości minimum 60 minut	TAK	
27.	Menu w języku polskim	TAK	
28.	Bezpłatne aktualizacje oprogramowania	TAK	
GŁOWICE			
29.	Głowica liniowa - Pasmo przenoszenia min 3.0 – 12.0 MHz - Ilość częstotliwości do wyboru dla trybu B – mode : min 4 do wyboru - Ilość kryształów : min 128 - w celu dezynfekcji możliwość zastosowania preparatów zawierających alkohol izopropylowy - szerokość obrazowania minimum 20 cm na głębokości 2 cm	TAK	
30.	Głowica convex - Pasmo przenoszenia min 1.0 – 6.0 MHz - Ilość częstotliwości do wyboru dla trybu B – mode : min 4 do wyboru - promień krzywizny : 60 mm - głębokość penetracji : min 24 cm - w celu dezynfekcji możliwość zastosowania preparatów zawierających alkohol izopropylowy	TAK	
31.	Stolik jezdny z 4 kółkami z niezależnymi blokadami do każdego z nich, dedykowany dla danego aparatu USG	TAK	
MOŻLIWOŚĆ ROZBUDOWY			
32.	Fantom z możliwością kontroli igły zawierający struktury naczyniowe i nerwowe	TAK	
33.	Część dydaktyczna pozwalająca na wyświetlanie na ekranie pełnych procedur mających zastosowanie w blokadach przewodowych a także w procedurach BLUE, FAST, FEEL. Wyświetlanie pozycji pacjenta, anatomii oraz referencyjnego obrazu sonoanatomicznego oraz proponowaną technikę prowadzenia igły.	TAK	
34.	System nawigacji ułatwiający prowadzenie igły w tkankach poprzez jej wizualizację na ekranie monitora. Urządzenie wskazuje właściwą trajektorię igły w technikach (in plane oraz out of plane) oraz aktualne położenie igły kodując właściwym kolorem jej położenie. Możliwość pracy z igłami mającymi zastosowanie w inwazyjnych procedurach w warunkach bloku operacyjnego oraz oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	TAK	
Pozostałe wymagania			



35.	Gwarancja min. 24 miesiące obejmująca cały system z wykonaniem co najmniej dwóch przeglądów okresowych (jeden na rok lub częściej wg zaleceń producenta) w czasie jej trwania z wykorzystaniem tzw. zestawów przeglądowych.	TAK	
36.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
37.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2017	TAK	
38.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
39.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
40.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
41.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
42.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
43.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim	TAK	
44.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.	TAK	
45.	Szkolenie personelu technicznego	TAK	
46.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
47.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



OŚWIADCZENIE PRZEDMIOTOWE

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w przetargu nieograniczonym na **zakup sprzętu medycznego w ramach zadania „Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego”**, w imieniu

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

.....
(adres siedziby Wykonawcy)

1. Oświadczamy/y, że:

- 1) oferowany przedmiot zamówienia w zakresie Części Nr*:
 - a) odpowiada opisowi przedmiotu zamówienia, stanowiącemu Załącznik Nr 3 do SIWZ pn. „Opis Przedmiotu Zamówienia/Parametry Techniczne”,
 - b) jest wyrobem medycznym zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 876 z późn. zm.), spełnia wymagania zasadnicze oraz jest wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z przepisami tej ustawy - jeżeli dotyczy,
 - c) jest fabrycznie nowy, kompletny, wolny od wad materiałowych konstrukcyjnych, o należyтым standardzie, zarówno pod względem jakości jak i funkcjonalności.

2. W przypadku podpisania umowy:

- 1) kserokopie stosownych dokumentów wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2015, poz. 876), potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez uprawnione osoby tj.:
 - a) Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2015 r., poz. 876),
 - b) Certyfikat Zgodności wyrobu wydany przez jednostkę notyfikowaną, jeżeli oferowany przedmiot zamówienia został zaliczony do jednej z klas, o których mowa w art. 29 ust. 5 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,

przedłożymy Kierownikowi Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki wraz z dostawą przedmiotu zamówionego, oraz na każde jego żądanie, w trakcie trwania postępowania przetargowego - jeżeli dotyczy.

Jednocześnie oświadczam, iż świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

* proszę wpisać nr Części.



ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017

Oświadczenie Wykonawcy o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej

Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.) oraz w związku ze złożoną ofertą w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **zakup sprzętu medycznego w ramach zadania „Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego”**, w imieniu

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

.....
(adres siedziby Wykonawcy)

Niniejszym oświadczam, iż*):

- 1) Wykonawca **nie przynależy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634), z Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.
- 2) Wykonawca przynależy do tej samej grupy kapitałowej łącznie z ww. Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia**):

L.p.	Nazwa podmiotu	Siedziba

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia niniejszą informację składa każdy z Wykonawców.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

*) Niepotrzebne skreślić.

**) Wraz ze złożeniem oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej z Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, Wykonawca może przedstawić dowody wykazujące, że istniejące powiązania z ww. Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

Przedmiotowy dokument Wykonawca zobowiązany jest złożyć w terminie **3 dni** od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Prawa zamówień publicznych.



UMOWA Nr DAZ.26.079.2017 r. – Wzór umowy

zawarta w dniu 2017 r. w Częstochowie, pomiędzy:

WOJEWÓDZKIM SZPITALEM SPECJALISTYCZNYM IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa

wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego w Częstochowie, XVII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000003907, NIP 573-22-99-604, REGON: 001281053, zwanym dalej „ZAMAWIAJĄCYM”, który reprezentuje:

dr n. med. Janusz Kapustecki p.o. Dyrektora Szpitala

a

.....
REGON:; NIP:

zwanym dalej „WYKONAWCĄ”

w wyniku rozstrzygnięcia przetargu nieograniczonego w trybie przepisów ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164), zawarta została umowa następującej treści:

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest **zakup sprzętu medycznego w ramach zadania „Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego”**, zwanego dalej „sprzętem”, wraz z dostawą, montażem, uruchomieniem oraz szkoleniem pracowników Zamawiającego.
2. Szczegółowe wymagania techniczne, jakie musi spełniać przedmiot zamówienia, określone zostały w tabeli zawierającej parametry techniczne, pn. „Opis Przedmiotu Zamówienia/Parametry Techniczne” (Część Nr ... do SIWZ), stanowiącej Załącznik Nr ... do niniejszej umowy .
3. Wykonawca oświadcza, że zaoferowany przedmiot zamówienia posiada aktualne dokumenty dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity: Dz. U. z 217 r., poz. 211).
4. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć przedmiot umowy do siedziby Zamawiającego w opakowaniach producenta oznakowanych w sposób umożliwiający identyfikację przez Zamawiającego poszczególnych części sprzętu medycznego, (jeśli występują) wraz z kserokopią dokumentów wynikających z ustawy z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 211), o których mowa w Załączniku Nr 4 do SIWZ, stanowiącym odpowiednio Załącznik Nr .. do niniejszej umowy.

§2

1. Za realizację przedmiotu umowy Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie zgodne z cenami podanymi w formularzu asortymentowo-cenowym, stanowiącym Załącznik Nr 2 do SIWZ, stanowiący odpowiednio Załącznik Nr ... do niniejszej umowy i on stanowi podstawę do rozliczeń finansowych między Zamawiającym i Wykonawcą.
2. Wynagrodzenie wymienione w ust. 1 obejmuje wszelkie koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej i zgodnej z niniejszą umową oraz obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia (w tym zakładany zysk, należne podatki, koszty transportu, opakowania, ubezpieczenia, montażu, szkolenia pracowników w siedzibie Zamawiającego, i inne koszty, jeśli występują, bez których realizacja zamówienia nie byłaby możliwa).
3. Wartość przedmiotu całości umowy stanowi kwotę: brutto zł (słownie:).

§3

1. Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt, o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy w terminie do .., od daty zawarcia niniejszej umowy.



2. Szkolenie pracowników Zamawiającego o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy, odbędzie się w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od daty dostarczenia i instalacji sprzętu, potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym, określonym w § 4 ust. 5 niniejszej umowy.
3. Szkolenie pracowników technicznych Zamawiającego w zakresie racjonalnej eksploatacji sprzętu odbędzie się w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od daty dostarczenia i instalacji sprzętu, potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym, określonym w § 4 ust. 5 niniejszej umowy.

§4

1. Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny, a także wolny od wad materiałowych, konstrukcyjnych i prawnych.
2. Wykonawca zobowiązuje się do powiadomienia Zamawiającego o terminie dostarczenia sprzętu z wyprzedzeniem 2 dni roboczych.
3. Wykonawca dostarczy przedmiot umowy w godzinach 9:00 – 13:00 w dzień roboczy.
4. Przy odbiorze przedmiotu dostawy powinien być obecny kompetentny przedstawiciel Wykonawcy z kompletem dokumentów. Czynność odbioru kompletnej dostawy strony zobowiązują się potwierdzić na piśmie.
5. Przekazanie do użytku gotowego do pracy sprzętu wraz z kompletem dokumentów (w tym dokumenty wymienione w Załączniku Nr 3 do SIWZ - jeżeli dotyczy, instrukcja obsługi w języku polskim, karty gwarancyjne w języku polskim, zaświadczenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi dostarczonej aparatury (po odbyciu szkoleniu), założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń), oraz z kserokopią dokumentów, o których mowa w Załączniku Nr 4 do SIWZ, a stanowiącym Załącznik Nr ... do niniejszej umowy, potwierdzonych „za zgodność z oryginałem” - zostanie stwierdzone protokołem zdawczo-odbiorczym podpisanym przez Kierownika Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki, bezpośredniego użytkownika lub osobę upoważnioną oraz uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do podania dodatkowych danych które Wykonawca będzie zobowiązany umieścić w protokole zdawczo-odbiorczym tj. miejsce przeznaczenia, data przekazania/odbioru, numer umowy, numer i data wystawienia faktury dotyczącej przekazanego towaru, nazwa urządzenia, nr seryjny, ilość i termin gwarancji.

§5

1. Zamawiający zobowiązuje się do używania dostarczonego sprzętu zgodnie z jego przeznaczeniem i wymogami prawidłowej eksploatacji określonymi w instrukcji obsługi.
2. W okresie gwarancji koszty obowiązkowych przeglądów i usług serwisowych sprzętu wynikających z instrukcji obsługi w pełnej wysokości obciążają Wykonawcę.
3. Wykonawca zapewnia świadczenie usług gwarancyjnych oraz serwisowych przez autoryzowany serwis producenta sprzętu.

§6

1. Wykonawca udziela Zamawiającemu ... miesięcznej gwarancji na dostarczony sprzęt (*zgodnie z treścią oferty Wykonawcy*).
2. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się z dniem podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego, o którym mowa w art. 4 ust. 5 umowy.
3. Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju sprzętu lub osprzętu z powodu awarii, który upłynął od dnia zgłoszenia awarii Wykonawcy do chwili usunięcia awarii potwierdzonego protokołem odbiorczym/raportem serwisowym podpisanym przez Kierownika Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki oraz uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy.
4. W okresie gwarancji Wykonawca ponosi w pełnej wysokości koszty napraw oraz wymiany wszelkich uszkodzonych elementów, które uległy uszkodzeniu w czasie pracy, jak również inne koszty związane z naprawą (w tym koszty dojazdu itp.). Nie dotyczy to elementów zużywalnych oraz elementów, które uległy uszkodzeniu wskutek użytkowania niezgodnego z instrukcją obsługi lub zaleceniami producenta.
5. Wykonawca zobowiązuje się do wymiany sprzętu na nowy w przypadku dokonania w okresie gwarancji 3 napraw niewynikających z winy Zamawiającego. W takim wypadku Wykonawca, dostarczy nowy sprzęt w terminie do 20 dni od dnia stwierdzenia ww. awarii przez Zamawiającego z nową gwarancją.
6. Wykonawca ustala, że w okresie gwarancji w przypadku wystąpienia jakichkolwiek awarii i usterek w przedmiocie umowy, osobą reprezentującą Wykonawcę odpowiedzialną za prawidłową reakcję na zgłoszenie awarii jest: P. , tel.

§7

1. Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni robocze.
2. Dopuszcza się wydłużenie wymaganego czasu podjęcia naprawy pod warunkiem uzgodnienia tego z Zamawiającym.



3. Przyjęcie do używania sprzętu po dokonanej naprawie lub usunięciu awarii dokonuje bezpośredni użytkownik, Kierownik Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki lub osoba przez niego wyznaczona na podstawie pisemnego protokołu.

§8

1. Zamawiający ma prawo do złożenia reklamacji w przypadku ujawnienia przy odbiorze lub po przekazaniu do użytku gotowego do pracy sprzętu wraz z kompletem dokumentów, wad jakościowych dostarczonego sprzętu lub w przypadku stwierdzenia uszkodzenia sprzętu czy też w przypadku dostarczenia sprzętu nie zamówionego.
2. Zamawiający ma prawo do złożenia reklamacji w przypadku ujawnienia wad ukrytych sprzętu.
3. Reklamacja będzie składana telefonicznie, faksem lub emailem przez Kierownika Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki Zamawiającego lub osobę upoważnioną i każdorazowo niezwłocznie potwierdzona na piśmie.
4. Wykonawca zobowiązuje się do wymiany sprzętu wadliwego na sprzęt bez wad na swój koszt w ciągu 20 dni od otrzymania informacji o reklamacji od Zamawiającego, dotyczącej uszkodzenia sprzętu, wad jakościowych i w przypadku dostarczenia sprzętu nie zamówionego.
5. W przypadku dostarczenia sprzętu niezamówionego przez Zamawiającego zostanie on zwrócony Wykonawcy na jego koszt.

§9

Po rygorze utraty gwarancji Zamawiający nie może dokonywać jakichkolwiek zmian konstrukcyjnych w dostarczonym sprzęcie bez porozumienia z Wykonawcą.

§10

1. Zapłata wynagrodzenia określonego w § 2 nastąpi na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Wykonawcę, po odbiorze przedmiotu umowy, potwierdzonym protokołem końcowym odbioru dostawy, o której mowa w § 4 ust 5 niniejszej umowy.
2. Zapłata wynagrodzenia za dostawę przedmiotu umowy nastąpi w formie polecenia przelewu w terminie do 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. W przypadku, gdy dzień zapłaty przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, to płatność nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po tym dniu.
3. W przypadku zwłoki w zapłacie wynagrodzenia za wykonany przedmiot umowy, Wykonawca może naliczyć odsetki w wysokości ustawowej.
4. Wykonawca gwarantuje, że jakiekolwiek prawa Wykonawcy związane bezpośrednio lub pośrednio z umową, a w tym wierzytelności Wykonawcy z tytułu wykonania umowy i związane z nimi należności uboczne (m. in. odsetki), nie zostaną przeniesione na rzecz osób trzecich bez poprzedzającej to przeniesienie zgody Zamawiającego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Wykonawca gwarantuje, iż nie dokona jakiejkolwiek czynności prawnej lub też faktycznej, której bezpośrednim lub pośrednim skutkiem będzie zmiana wierzyciela z osoby Wykonawcy na inny podmiot. Niniejsze ograniczenie obejmuje w szczególności przelew, subrogację ustawową oraz umowną, zastaw, hipotekę oraz przekaz. Wykonawca gwarantuje, iż celem dochodzenia jakichkolwiek praw z umowy nie może udzielić upoważnienia, w tym upoważnienia inkasowego, innej firmie, w tym firmie prowadzącej pozostałą finansową działalność usługową, gdzie indziej nie sklasyfikowaną, jak i pozostałe doradztwo w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej i zarządzania w rozumieniu m.in. przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności, tj. firmom zajmującym się działalnością windykacyjną.
5. Wykonawca przyjmuje do wiadomości i zobowiązuje się, iż zapłata za świadczenia wykonane zgodnie z umową nastąpi tylko i wyłącznie przez Zamawiającego bezpośrednio na rzecz Wykonawcy, i tylko w drodze przelewu na rachunek Wykonawcy. Umorzenie długu Zamawiającego do Wykonawcy poprzez uregulowanie w jakiegokolwiek formie na rzecz innych podmiotów niż bezpośrednio na rzecz Wykonawcy, może nastąpić wyłącznie za poprzedzającą to uregulowanie zgodą Zamawiającego wyrażoną w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
6. W razie naruszenia obowiązku opisanego wyżej w ustępie 4 Wykonawca zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 5 % od wartości zamówienia wskazanego w § 2 ust. 3 niniejszej umowy za każdy przypadek naruszenia wyżej wskazanego obowiązku, co nie narusza prawa Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.



7. W razie naruszenia obowiązku opisanego wyżej w ustępie 5, Wykonawca zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 5 % od wartości zamówienia wskazanego w § 2 ust. 3 niniejszej umowy za każdy przypadek naruszenia wyżej wskazanego obowiązku, co nie narusza prawa Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.
8. Kara umowna płatna będzie w szczególności w drodze złożenia przez Zamawiającego oświadczenia woli o potrąceniu, bez konieczności uzyskiwania zgody Wykonawcy. Zamawiający jest uprawniony do złożenia przedmiotowego oświadczenia najwcześniej z chwilą powzięcia wiadomości o naruszeniu przez Wykonawcę zakazów, o których mowa w ustępie 4 i 5 niniejszego paragrafu.
9. Zamawiający otrzyma od Wykonawcy oryginał oraz jedną kopię faktury VAT wraz z dostarczonym sprzętem i z dokumentami opisanymi w § 4 ust. 5.
10. Faktura niezgodna z postanowieniami niniejszej umowy upoważnia Zamawiającego do wystawienia noty korygującej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§11

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do naliczania kar umownych w przypadku i wysokościach określonych umową:
 - 1) Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w przypadku nieterminowej dostawy w wysokości 0,5% wartości brutto zamówienia określonej w § 2 ust. 3 umowy, za każdy dzień opóźnienia ponad termin określony w § 3 niniejszej umowy,
 - 2) Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w przypadku nieterminowego przeszkolenia personelu Zamawiającego, w wysokości 0,5% wartości zamówienia brutto określonej w § 2 ust. 3 umowy za każdy dzień opóźnienia ponad terminy określone w § 3 umowy.
 - 3) w przypadku przekroczenia deklarowanego czasu przystąpienia do naprawy sprzętu lub osprzętu lub przekroczenia czasu naprawy określonego w § 7 ust. 1 umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,5% wartości brutto zamówienia określonej w § 2 ust. 3 umowy, za każdy dzień opóźnienia,
 - 4) Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę w wysokości 20% wartości brutto określonej w § 2 ust. 3 umowy w przypadku odstąpienia przez Wykonawcę od niniejszej umowy oraz w przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego na podstawie § 12 ust. 1 umowy.
 - 5) Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę w wysokości 20 % wartości brutto części (której dotyczy) za każdy przypadek, za niedostarczenie dokumentów o których mowa w § 4 ust. 5 umowy.
2. Kara umowna płatna będą w ciągu 7 dni od daty wystawienia Wykonawcy noty obciążeniowej obejmującej naliczoną karę umowną, przy czym Zamawiający ma prawo potrącen kwoty kary umownej z bieżącej faktury za wykonanie dostawy, wystawionej przez Wykonawcę.
3. W przypadku, gdy strata rzeczywista spowodowana niewykonaniem obowiązków wynikających z niniejszej umowy przekracza wysokość kar umownych, Zamawiający może niezależnie od kar umownych dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych Kodeksu Cywilnego.
4. Wykonawcy nie przysługują żadne roszczenia w przypadku niezrealizowania przez Zamawiającego umowy.

§12

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do natychmiastowego rozwiązania niniejszej umowy, jeżeli Wykonawca nie wymieni zakwestionowanego towaru wadliwego w terminie 20 dni od daty otrzymania informacji o reklamacji, o której mowa w § 8 ust. 4 oraz jeżeli Wykonawca nie wymieni sprzętu na nowy w przypadku, o którym mowa w § 6 ust. 5. ze skutkami określonymi w § 11 ust. 1 pkt. 4 umowy.
2. Zmiany istotnych postanowień umowy mogą dotyczyć:
 - 1) zmiany parametrów technicznych przedmiotu zamówienia, jeśli przyczyni się to do poprawy jakości zamówienia, przy czym zmiana ta nie spowoduje zwiększenia kosztów realizacji zamówienia,
 - 2) obniżenia przez Wykonawcę cen asortymentu będącego przedmiotem umowy.
 - 3) zwiększenia lub zmniejszenia wynagrodzenia Wykonawcy w przypadku zmiany stawki podatku od towarów i usług na przedmiot zamówienia,
 - 4) terminu wykonania przedmiotu umowy.
3. Zmiany umowy, o których mowa w § 12 ust. 2 mogą nastąpić wyłącznie w formie pisemnego aneksu, podpisanego przez obie strony, z zastrzeżeniem ust. 2 p. 3 niniejszego paragrafu.



§13

1. Zamawiający może odstąpić od umowy w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. Wykonawcy nie przysługują w takim przypadku żadne roszczenia odszkodowawcze.
2. Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym bez wypowiedzenia w przypadku:
 - 1) otwarcia postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego wobec Wykonawcy,
 - 2) wykreślenia Wykonawcy z właściwej ewidencji.
3. Wykonawca ma obowiązek niezwłocznie powiadomić pisemnie Zamawiającego o zaistnieniu okoliczności opisanych w ust. 2 pkt. 1)-2) niniejszego paragrafu.

§14

1. Zmiana postanowień umowy, wymaga, pod rygorem nieważności, zachowania formy pisemnej, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 3 paragrafu 12.
2. Zmiana umowy na wniosek Wykonawcy wymaga wskazania okoliczności uzasadniających dokonanie tej zmiany.
- 2) Każda zmiana umowy wymaga zgody Zamawiającego.

§15

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164) i ustawy z dnia 24 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 459).
2. Zmiany niniejszej umowy, w tym również zmiana terminu jej obowiązywania, mogą być dokonywane wyłącznie na piśmie w formie aneksów podpisanych przez obie strony i opatrzonych datą – pod rygorem ich nieważności z zastrzeżeniem ust. 2 ppkt 3 paragrafu 12.
3. Ewentualne spory wynikłe z umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§16

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze Stron.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY