

Cena za SIWZ – 20,00 zł brutto
Opłata pocztowa – 13,50 zł

Zamawiający:

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

Znak sprawy: W.SZ.S./DDZ/2411/ P-8/034/13

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

zwana dalej **(SIWZ)**

na usługę:

WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ

w trybie
przetargu nieograniczonego

**o wartości przekraczającej kwotę określoną w przepisach wydanych na podstawie
art. 11 ust. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych**

tryb zgodny z art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych zwaną dalej ustawą Pzp
(Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759, z późn. zm.)

**Zamawiający przewiduje dokonanie wyboru oferty najkorzystniejszej z zastosowaniem
AUKCJI ELEKTRONICZNEJ**

UWAGA:

PRZED PRZYGOTOWANIEM OFERTY PROSZĘ DOKŁADNIE ZAPOZNAĆ SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ

§ 1. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Zamawiającym jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa
tel. 034 367-36-74, faks: 034 367-36-74
strona internetowa: www.szpitalparkitka.com.pl, e-mail: szp@data.pl
NIP: 573-22-99-604

§ 2. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zmianami), zwaną dalej ustawą.

§ 3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem zamówienia jest **WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ**, znajdującej się na wyposażeniu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.
2. Usługa wykonania przeglądów okresowych aparatury medycznej winna obejmować wszystkie wymagania i czynności określone w dokumentacji technicznej, instrukcji obsługi urządzenia i instrukcji serwisowej, zgodnie z zaleceniami producentów aparatury i obowiązującymi przepisami prawa i normami oraz odbywać się z uwzględnieniem czynności wymienionych w Załączniku Nr 8 - Wzór umowy oraz **Załączniku Nr 3** - Opis przedmiotu zamówienia.
3. Szczegółowy zakres zamówienia, w tym wykaz aparatury medycznej objętej przedmiotem zamówienia oraz wykaz wymaganych przeglądów i okres, na który mają być wykonane, przedstawia **Załącznik Nr 3 do SIWZ**.
4. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. Oferty można składać w odniesieniu do jednej lub więcej części wymienionych w Załączniku Nr 2 do SIWZ.
5. Klasyfikacja według Wspólnego Słownika Zamówień CPV: 50421000-2, 50421200-4, 50422000-9.

§ 4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

1. Termin wykonania zamówienia: sukcesywnie w okresie **24 miesięcy od daty zawarcia umowy**.
2. Zamówienie będzie wykonywane zgodnie z ustaleniami pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym, jednak max. do końca 2013 roku w przypadku braku aktualnego przeglądu oraz w roku 2014 zgodnie z datą wygaśnięcia przeglądu wykonanego w 2013 roku.

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

1. O udzielenie zamówienia mogą się ubiegać Wykonawcy, co do których brak jest podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia zgodnie z treścią art. 24 ust. 1 ustawy oraz którzy spełniają warunki zawarte w art. 22 ust. 1 ustawy dotyczące:
 - 1) **Posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.**
Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Wykonawca musi złożyć oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp.
 - 2) **Posiadania wiedzy i doświadczenia.**
Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Wykonawca musi złożyć oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp.
 - 3) **Dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.**
Warunek ten zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że dysponuje (lub będzie dysponował), co najmniej dwoma osobami, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadającymi uprawnienia (certyfikat ze szkolenia, wydany przez wytwórcę/dystrybutora aparatury) do wykonywania przeglądów aparatury medycznej będącej przedmiotem zamówienia (w zakresie składanej oferty), zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz.U z 2010 r., Nr 107, poz. 679 z późn. zm.

4) **Sytuacji ekonomicznej i finansowej.**

Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Wykonawca musi złożyć oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp.

2. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych w ust. 1 dokonana zostanie w oparciu o informacje zawarte w oświadczeniach i dokumentach wyszczególnionych w § 6 niniejszej SIWZ. Z treści załączonych dokumentów musi jednoznacznie wynikać, iż ww. warunki Wykonawca spełnił.
3. Wykonawca na żądanie Zamawiającego i w zakresie przez niego wskazanym jest zobowiązany wykazać odpowiednio, nie później niż na dzień składania ofert, spełnianie warunków, o których mowa w ust. 1 i brak podstaw do wykluczenia z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy.
4. Wykonawcy należący do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz 331 z późn. zm.), składający odrębne oferty, są zobowiązani wykazać, że istniejące między nimi powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji pomiędzy Wykonawcami w niniejszym postępowaniu.
5. Brak wykazania spełnienia któregokolwiek z warunków udziału w postępowaniu, określonych w ust. 1 skutkować będzie wykluczeniem Wykonawcy z postępowania, a tym samym uznaniu, złożonej przez niego oferty za odrzuconą, z zastrzeżeniem art. 26 ust. 3 ustawy.

§ 6. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

1. W celu oceny spełniania przez Wykonawcę warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, Wykonawca składa:
 - 1) **Oświadczenie o spełnianiu warunków** udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 pkt. 1)-4) ustawy Prawo zamówień publicznych, zgodnie ze wzorem oświadczenia stanowiącym [Załącznik Nr 4 do SIWZ](#).
 - 2) **Wykaz osób**, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia w zakresie wskazanym w § 5 ust. 1 pkt. 3 SIWZ, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami (zgodnie z wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 6 do SIWZ](#)).
2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z treścią art. 24 ust. 1 ustawy, Wykonawca składa niżej wymienione oświadczenia i dokumenty:
 - 1) **Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia** zgodnie z treścią art. 24 ust. 1 ustawy, zgodnie ze wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 5 do SIWZ](#).
 - 2) **Aktualny odpis z właściwego rejestru** lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt. 2) ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 - 3) **Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego** potwierdzające, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
 - 4) **Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że Wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

- 5) **Aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego** w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 - 6) **Aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego** w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 - 7) **Aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego** w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 10 i 11 ustawy, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 - 8) W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24b ust. 3 ustawy, Wykonawca składa wraz z ofertą **listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.) lub informację o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy, zgodnie ze wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 7 do SIWZ](#).
3. **Wymagania dotyczące dokumentów, określonych w § 6 ust. 1 i ust. 2 niniejszej specyfikacji.**
- 1) Dokumenty, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt. 1) i 2) i ust. 2 pkt. 1) i 8) winny być złożone w oryginale. Dokumenty, o których mowa § 6 ust. 2 pkt. 2), 3), 4), 5), 6) i 7) winny być złożone w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę (-y) uprawnioną (-e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.
 - 2) Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski.
4. **Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**, zamiast dokumentów, o których mowa w § 6 ust. 2
- 1) pkt 2), 3), 4), 6) - składa dokument, wystawiony w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzający odpowiednio, że:
 - a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości
 - b) nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
 - c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie;
 - 2) ppkt 5) i 7) – składa zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 - 8, 10 i 11 ustawy.
 - 3) Dokumenty, o których mowa w ppkt 1) lit. a i c oraz ppkt 2, powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. Dokument, o którym mowa w ppkt 1 lit. b, powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
 - 4) Jeżeli w kraju miejsca zamieszkania osoby lub w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentu, o których mowa w ust. 4 pkt. 1),2) zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie, w którym określa się także osoby uprawnione do reprezentacji wykonawcy, złożone przed właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub przed notariuszem – wystawiony z odpowiednią datą wymaganą dla tego dokumentu.
 - 5) W przypadku wątpliwości, co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę mającego siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania z wnioskiem o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących przedłożonego dokumentu.
5. **W przypadku składania oferty wspólnej przez kilku przedsiębiorców** (tzw. konsorcjum) **lub przez spółkę cywilną**, każdy ze współników konsorcjum lub spółki cywilnej musi złożyć dokumenty wymienione w § 6 ust. 2 niniejszej specyfikacji (lub w § 6 ust. 4

niniejszej specyfikacji - jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wraz z dokumentem wymienionym w § 6 ust. 2 pkt. 1) i pkt. 8) SIWZ. Pozostałe dokumenty będą traktowane jako wspólne. Wspólnicy muszą ustanowić pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy. Do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo, podpisane przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli każdego ze wspólników. Wspólnicy ponoszą solidarną odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zamówienia, określona w art. 366 Kodeksu cywilnego.

6. Zgodnie z art. 26 ust. 2b Prawa zamówień publicznych Wykonawca może polegać na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, tj. przedstawić pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia. W/w zobowiązanie musi być przedstawione w oryginale.
7. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oraz w przypadku innych podmiotów, na zasobach których wykonawca polega na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy, kopie dokumentów dotyczących odpowiednio wykonawcy lub tych podmiotów są poświadczane za zgodność z oryginałem odpowiednio przez wykonawcę lub te podmioty.

8. Ponadto do oferty należy załączyć następujące dokumenty:

- 1) Wypełniony i podpisany formularz oferty, zgodnie z wzorem **Załącznik Nr 1 do SIWZ**.
- 2) Wypełniony i podpisany formularz cenowy, zgodnie z wzorem **Załącznik Nr 2 do SIWZ**.

§ 7. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIU OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI:

1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
2. Oświadczenia wnioski, zawiadomienia oraz informacje Wykonawca i Zamawiający przekazują faksem lub pocztą elektroniczną, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Forma pisemna zastrzeżona jest do złożenia oferty wraz z załącznikami, w tym oświadczeń i dokumentów potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu, oświadczeń i dokumentów potwierdzających spełnianie przez oferowany przedmiot zamówienia wymagań określonych przez Zamawiającego, oświadczeń o braku podstaw do wykluczenia, listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 /informacji o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej/ oraz pełnomocnictwa.
4. Jeżeli Zamawiający lub Wykonawca przekazują oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje faksem, każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
5. Zawsze dopuszczalna jest forma pisemna przekazywania oświadczeń, wniosków, informacji lub dokumentów.
6. Korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem, należy kierować na adres:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
Dział Zamówień Publicznych
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa
faks 034 367-36-74
e-mail: szp@data.pl
7. Przesyłanie korespondencji na inny adres lub numer faksu niż zostało to określone powyżej może skutkować tym, że Zamawiający nie będzie mógł zapoznać się z treścią przekazanej informacji we właściwym terminie.
8. Do porozumiewania się z Wykonawcami upoważnione są następujące osoby:
w zakresie opisu przedmiotu zamówienia:
Andrzej Misztela - Kierownik Sekcji Aparatury Medycznej i Teletechniki, tel. 34 367 38 29 w godz. 08.00-14.00
w zakresie procedury przetargowej:
Monika Skoczylas - Dział Zamówień Publicznych, faks: 34 367 36 74 w godz. 07.00-14.35.

§ 8. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ TREŚCI SIWZ:

1. Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia udostępniona jest na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl, od dnia opublikowania ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej
2. Wykonawcy mogą zwrócić się do Zamawiającego 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.
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. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu.
4. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający przekazuje Wykonawcom, którym przekazał SIWZ, bez ujawniania źródła zapytania, a jeżeli specyfikacja jest umieszczona na stronie internetowej, zamieszcza na tej stronie. Wyjaśnienia treści specyfikacji oraz jej ewentualne zmiany będą dokonywane zgodnie z art. 38 ustawy Prawo zamówień publicznych.
5. Zamawiający nie przewiduje zwołania zebrania 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 umieści taką informację na własnej stronie internetowej.

§ 9. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM:

1. Wykonawca przystępujący do postępowania zobowiązany jest wnieść wadium przed upływem terminu składania ofert, w wysokości łącznie: 9022,00 zł, w tym:

Część Nr 1: 240,-;	Część Nr 15: 40,-;	Część Nr 30: 56,-;
Część Nr 2: 120,-;	Część Nr 16: 220,-;	Część Nr 31: 73,-;
Część Nr 3: 280,-;	Część Nr 17: 32,-;	Część Nr 32: 48,-;
Część Nr 4: 480,-;	Część Nr 18: 32,-;	Część Nr 33: 65,-;
Część Nr 5: 160,-;	Część Nr 19: 220,-;	Część Nr 34: 52,-;
Część Nr 6: 90,-;	Część Nr 20: 240,-;	Część Nr 35: 3250,-;
Część Nr 7: 80,-;	Część Nr 21: 32,-;	Część Nr 36: 240,-;
Część Nr 8: 480,-;	Część Nr 22: 48,-;	Część Nr 37: 190,-;
Część Nr 9: 16,-;	Część Nr 23: 220,-;	Część Nr 38: 160,-;
Część Nr 10: 24,-;	Część Nr 24: 190,-;	Część Nr 39: 240,-;
Część Nr 11: 190,-;	Część Nr 25: 48,-;	Część Nr 40: 130,-;
Część Nr 12: 280,-;	Część Nr 26: 24,-;	Część Nr 41: 32,-.
Część Nr 13: 140,-;	Część Nr 27: 240,-;	
Część Nr 14: 32,-;	Część Nr 28: 240,-;	
	Część Nr 29: 48,-;	

2. 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 2007 r. Nr 42, poz. 275 z 2008 r. Nr 116, poz 730 i 732 i Nr 227, pozaz z 2010 r. Nr 96, poz 620.)późn. zm.).
3. Wadium wnoszone w pieniądzu wpłaca się przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego BRE BANK o/Częstochowa 47 1140 1889 0000 2254 2200 1004 z dopiskiem Wadium – **WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ**. Wadium uważa się za wniesione w momencie uznania rachunku Zamawiającego. Kserokopię polecenia przelewu poświadczoną „za zgodność z oryginałem” przez Wykonawcę należy załączyć do oferty. Wadium wniesione w pieniądzu Zamawiający przechowuje na rachunku bankowym.
4. W przypadku wnoszenia wadium w formie innej niż pieniężna, oryginał dokumentu

świadczącego o jego wniesieniu należy złożyć wraz z ofertą (dokument nie złączony trwale z ofertą), a kserokopię poświadczoną przez Wykonawcę „za zgodność z oryginałem” załączyć do oferty.

5. Okres ważności wadium nie może być krótszy niż okres związania ofertą, przy czym pierwszym dniem ważności zobowiązania jest dzień składania ofert.
6. Wykonawca, którego oferta nie będzie zabezpieczona wadium odpowiadającym powyższym wymaganiom, zostanie przez Zamawiającego wykluczony z ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego.
7. Zamawiający zwraca wadium wszystkim Wykonawcom niezwłocznie po wyborze oferty najkorzystniejszej lub unieważnieniu postępowania, z wyjątkiem Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, z zastrzeżeniem art. 46 ust. 4a ustawy Pzp.
8. Jeżeli wadium wniesiono w pieniądzu, Zamawiający zwraca je wraz z odsetkami wynikającymi z umowy rachunku bankowego, na którym było ono przechowywane, pomniejszone o koszty prowadzenia rachunku bankowego oraz prowizji bankowej za przelew pieniędzy na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę.
9. Zamawiający zatrzyma wadium wraz z odsetkami, jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana:
 - 1) odmówił podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w ofercie;
 - 2) zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
10. Wadium wniesione przez jednego ze współników Konsorcjum uważa się za wniesione prawidłowo.

§ 10. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:

Wykonawca jest związany ofertą przez 60 dni począwszy od dnia upływu terminu składania ofert. Przedłużenie okresu związania ofertą może nastąpić w warunkach określonych w art. 85 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.

§ 11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT:

1. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
2. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. W przypadku złożenia przez Wykonawcę więcej niż jednej oferty, oferty zostaną odrzucone na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 1) w związku z art. 82 ust. 1 ustawy.
3. Treść oferty musi odpowiadać treści SIWZ.
4. Wymaga się, aby oferta była sporządzona na piśmie, w języku polskim, trwałym i czytelnym pismem.
5. Wymagane w SIWZ dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski.
6. Wszystkie zmiany w treści oferty (poprawki, przekreślenia, dopiski) naniesione przez Wykonawcę po sporządzeniu oferty powinny być podpisane lub parafowane przez osobę podpisującą ofertę - w przeciwnym wypadku nie będą uwzględniane.
7. Wielkość i układ załączonych do SIWZ formularzy mogą zostać przez Wykonawcę zmienione, jednak treść oferty winna odpowiadać treści SIWZ.
8. Oferta musi zawierać cenę wraz z podatkiem VAT, podaną cyfrowo i słownie.
9. Jeżeli w postępowaniu zostanie złożona oferta, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.
10. Ofertę podpisuje w miejscach zaznaczonych osoba uprawniona do reprezentowania Wykonawcy, w taki sposób, aby tożsamość tej osoby/osób była identyfikowalna (podpis opatrzony imienną pieczęcią, czy też czytelny podpis składający się z pełnego imienia i nazwiska).
11. W przypadku, gdy ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo rodzajowe do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Pełnomocnictwo musi być przedstawione w formie oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii. Nie złożone lub wadliwe pełnomocnictwo podlegać będzie uzupełnieniu na warunkach określonych w art. 26 ust. 3 ustawy.

12. Dokumenty złożone w formie kserokopii powinny być opatrzone klauzulą „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM” i poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy.
13. Zaleca się, aby wszystkie strony oferty były ponumerowane i trwale spięte.
14. Zaleca się przy sporządzaniu oferty skorzystać z wzorów 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 złożyć w nieprzejrystej, trwale zamkniętej kopercie. Koperta powinna być opisana nazwą (firmą) i adresem Wykonawcy, zaadresowana na adres Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa oraz opisana:

„Postępowanie Nr P-8/034/13.

Oferta przetargowa na usługę

WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ

Proszę nie otwierać przed dniem 2013 r. godz.” , (wpisuje Wykonawca).

16. Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy Wykonawca może przed upływem terminu do składania ofert zmienić lub wycofać ofertę. Koperta zawierająca powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty powinna być oznaczona „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
17. Wykonawca nie może wycofać oferty i wprowadzać zmian w ofercie po upływie ostatecznego terminu składania ofert.
18. Zamawiający informuje, iż 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, jeśli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, zastrzegł, że nie mogą one być udostępniane. 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 153, poz. 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 innym uczestnikom postępowania.
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. W przeciwnym razie cała oferta zostanie ujawniona na życzenie każdego uczestnika postępowania.

§ 12. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT:

1. Ofertę należy złożyć w Kancelarii nr pokoju 356, mieszczącej się w Częstochowie przy ulicy Bialskiej 104/118.
2. Termin składania ofert upływa w dnia **08.07.2013 r. do godziny 10:00**.
3. Oferta złożone po terminie zostaną zwrócone Wykonawcom.
4. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w dniu **08.07.2013 r. o godz. 10.15** w siedzibie Zamawiającego, tj. w Dziale Zamówień Publicznych przy ul. Bialskiej 104/118 w Częstochowie w pokoju 310.

§ 13. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY:

1. Cena brutto oferty powinna zawierać wszystkie koszty, jakie Zamawiający będzie musiał ponieść przy realizacji zamówienia z uwzględnieniem podatku od towarów i usług VAT, kosztów transportu do siedziby Zamawiającego, innych opłat i podatków – z uwzględnieniem ewentualnych upustów i rabatów.
2. Cenę należy podać do dwóch miejsc po przecinku. Wykonawca określi ceny na wszystkie elementy zamówienia wymienione w formularzu cenowym, stanowiącym Załącznik Nr 2. Wykonawca wypełnia formularz wg wzoru, zamieszczając w ofercie tylko te części, na które składana jest oferta. Opis sposobu obliczenia ceny został podany w formularzu cenowym stanowiącym Załącznik Nr 2 SIWZ.
3. Wykonawca zobowiązany jest obliczyć cenę oferty i podać ją w druku „Formularz oferty” (Załącznik Nr 1 do SIWZ) w zapisie liczbowym i pisemnie.

4. Cena powinna być wyrażona w złotych polskich, nie dopuszcza się prowadzenia rozliczeń w walutach obcych.

§ 14. OPIS KRYTERIUM, KTÓRYM ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TEGO KRYTERIUM I SPOSOBU OCENY OFERT:

1. **Kryterium wyboru oferty najkorzystniejszej** będzie:
- **cena brutto – 100%**

2. Oferty oceniane będą według wzoru:

$$\text{LICZBA PUNKTÓW} = \frac{\text{Cena brutto najniższej zaproponowanej oferty}}{\text{Cena brutto oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt}$$

3. Zamawiający za najkorzystniejszą uzna ofertę, która nie podlega odrzuceniu oraz uzyskała największą liczbę punktów przyznanych w ramach ustalonego kryterium.
4. W przypadku wpłynięcia tylko jednej, prawidłowej oferty Zamawiający uzna ją za najkorzystniejszą bez wyliczania dla niej wartości punktowej.

§ 15. AUKCJA ELEKTRONICZNA:

1. Jeżeli w postępowaniu złożone zostaną, co najmniej 3 oferty nie podlegające odrzuceniu po dokonaniu oceny złożonych ofert, w celu wyboru najkorzystniejszej oferty, przeprowadzona zostanie aukcja elektroniczna. W toku aukcji elektronicznej stosowane będzie jedynie kryterium ceny.
2. Sposób oceny ofert w toku aukcji elektronicznej będzie obejmował przeliczanie postąpień na punktową ocenę oferty, z uwzględnieniem punktacji otrzymanej przed otwarciem aukcji. W toku aukcji punktacja będzie przeliczana do 8 miejsca po przecinku. Oferta w toku aukcji jest składana w wartości brutto, podobnie jak w fazie przed aukcją. Wykonawca, który złoży najkorzystniejszą ofertę, zobowiązany jest przesłać Zamawiającemu w terminie 2 dni roboczych od daty zakończenia aukcji „poprawioną” w wyniku udziału w aukcji ofertę - formularz asortymentowo-cenowy (z cenami jednostkowymi), jako skan w formacie PDF oraz w formacie xls, podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy - na adres: szp@data.pl. Cena oferty musi być taka sama jak ostateczna cena zaproponowana w aukcji. W wyjątkowych sytuacjach dopuszcza się podanie do kilku miejsc po przecinku jedynie ceny jednostkowej. Zmiany w formularzu asortymentowo-cenowym/ofercie mogą dotyczyć jedynie cen „poprawianych” w wyniku udziału w aukcji. Niedopuszczalna jest jakakolwiek zmiana w opisie przedmiotu zamówienia.
3. Warunki przeprowadzania aukcji zostaną przekazane w zaproszeniu zgodnie z art. 91 b ustawy Prawo zamówień publicznych.
4. Wymagania dotyczące rejestracji i identyfikacji Wykonawców:
 - 1) Wykonawcy, których oferty nie podlegają odrzuceniu zostaną dopuszczeni do aukcji i otrzymają od Zamawiającego wraz z zaproszeniem poufne identyfikatory, komplety login-hasło, umożliwiające im zalogowanie do systemu aukcyjnego EPP (www.soldea.pl).
 - 2) Przed przystąpieniem do aukcji Wykonawcy przeprowadzają proces rejestracji.
 - 3) Dokonanie procesu rejestracji jest warunkiem koniecznym udziału w aukcji.
 - 4) Wykonawca ma możliwość przeprowadzenia rejestracji od momentu otrzymania wraz z zaproszeniem poufnego identyfikatora. W toku rejestracji Wykonawca testuje posiadany podpis elektroniczny.
 - 5) Zaproszenia do udziału w aukcji elektronicznej, zawierające, między innymi, poufne identyfikatory, zostaną przekazane Wykonawcom przez Zamawiającego: drogą elektroniczną, na adres e-mail Wykonawcy, wskazany w ofercie (w oświadczeniu rejestracyjnym).
 - 6) **Fakt otrzymania od Zamawiającego drogą elektroniczną zaproszeń, Wykonawcy potwierdzają Zamawiającemu niezwłocznie** faxem na numer: 34 367 37 53 lub adres e-mail: szp@data.pl, **bez względu na decyzję o udziale w aukcji.**
5. Wymagania techniczne urządzeń informatycznych użytych do udziału w aukcji elektronicznej, zapewniające stabilne współdziałanie z platformą EPP.
 - a) komputer klasy PC, system operacyjny: Windows 2000/XP/VISTA/7,
 - b) stabilny dostęp do internetu bez pośrednictwa serwera Proxy,
 - c) przeglądarka internetowa: Internet Explorer 5.5 lub wyższy, FireFox, Google Chrome,

- d) zainstalowany program Java (bezpłatny),
 - e) bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany ważnym kwalifikowanym certyfikatem,
 - f) wszelkie aktualne i szczegółowe informacje dotyczące ww. warunków Wykonawca znajdzie na stronie www.soldea.pl w dziale „Platforma przetargowa” oraz w instrukcjach postępowania udostępnianych wraz z zaproszeniem do elektronicznego składania ofert.
6. **UWAGA:**
Dla Wykonawców nie posiadających bezpiecznego podpisu elektronicznego.
POSIADANIE PRZEZ WYKONAWCĘ BEZPIECZNEGO PODPISU ELEKTRONICZNEGO JEST WARUNKIEM KONIECZNYM UDZIAŁU W AUKCJI. Czas potrzebny do nabycia bezpiecznego podpisu elektronicznego waha się w granicach 3-5 dni.
7. Informacji i pomocy w zdobyciu wymaganego podpisu może udzielić Operator, który będzie administrował aukcją.
8. Adres strony, na której będzie prowadzona aukcja: <http://www.soldea.pl>.

§ 16. UDZIELENIE ZAMÓWIENIA:

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w ustawie Prawo zamówień publicznych oraz w niniejszej specyfikacji i została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane w ogłoszeniu o zamówieniu i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia kryterium wyboru.
2. O odrzuceniu ofert(-y) oraz wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający zawiadomi niezwłocznie Wykonawców, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.
3. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieści informacje, określone w art. 92 ust. 1 pkt. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych na własnej stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl oraz w swojej siedzibie na „Tablicy informacyjnej”.
4. Zamawiający zawrze umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminie nie krótszym niż 10 dni od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze oferty faksem.
5. Termin zawarcia umowy zostanie określony w informacji o wynikach postępowania. Termin ten może ulec zmianie w przypadku złożenia odwołania przez któregoś z Wykonawców. O nowym terminie zawarcia umowy Wykonawca zostanie poinformowany po zakończeniu postępowania odwoławczego.
6. Zamawiający może zawrzeć umowę w sprawie zamówienia publicznego przed upływem 10 - dniowego terminu, jeżeli w postępowaniu zostanie złożona tylko jedna oferta.

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

W przypadku udzielenia zamówienia konsorcjum (tzw. Wykonawcy określonego w art. 23 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych), Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznej umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.

§ 18. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY:

Zamawiający nie będzie żądał od Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, 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.

Z Wykonawcą, który złoży najkorzystniejszą ofertę, zostanie podpisana umowa, której wzór stanowi **Załącznik Nr 8 do SIWZ**. Zamawiający prześle umowę do podpisu Wykonawcy (za zaliczeniem pocztowym, obejmującym koszty przesyłki). Istnieje możliwość podpisania umowy przez Wykonawcę w siedzibie Zamawiającego, zgodnie z zapisem p. 6 formularza oferty (Załącznik Nr 1 do SIWZ).

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

1. W prowadzonym postępowaniu mają zastosowanie przepisy zawarte w dziale VI ustawy Prawo zamówień publicznych – „Środki ochrony prawnej”.

2. W odniesieniu do odwołań zastosowanie mają także następujące przepisy wykonawcze do ustawy Prawo zamówień publicznych, tj.:
 - 1) Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie regulaminu postępowania przy rozpoznawaniu odwołań (Dz. U. Nr 48, poz. 280 z późniejszymi zmianami: Dz. U. z 2013 r., poz. 232)
 - 2) Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 marca 2010 r. w sprawie wysokości oraz sposobu pobierania wpisu od odwołania oraz rodzajów kosztów w postępowaniu odwoławczym i sposobu ich rozliczania (Dz. U. Nr 41, poz. 238).

§ 21. POZOSTAŁE INFORMACJE:

1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.
2. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
3. Zamawiający nie przewiduje udzielenie zamówień uzupełniających, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt. 6) ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.)
4. Zamawiający przewiduje dokonanie wyboru oferty najkorzystniejszej z zastosowaniem aukcji elektronicznej.
5. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
6. Zamawiający nie zamierza ustanowić dynamicznego systemu zakupów.
7. Zamawiający nie ogranicza możliwości ubiegania się o zamówienie publiczne tylko dla Wykonawców, u których ponad 50% pracowników stanowią osoby niepełnosprawne.
8. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zaliczek na poczet wykonania zamówienia.
9. Na podstawie art. 36 ust. 4 ustawy, Wykonawca jest zobowiązany umieścić w składanej ofercie informację o części zamówienia, którą powierzy podwykonawcom. Zamawiający nie zastrzega żadnej części zamówienia, która nie może być powierzona podwykonawcom.
10. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

§ 22. ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ:

- Zał. Nr 1 – formularz oferty – **do wypełnienia przez Wykonawców,**
Zał. Nr 2 - formularz asortymentowo - cenowy – **do wypełnienia przez Wykonawców,**
Zał. Nr 3 - opis przedmiotu zamówienia,
Zał. Nr 4 – oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu - **do wypełnienia przez Wykonawców,**
Zał. Nr 5 - oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia – **do wypełnienia przez Wykonawców,**
Zał. Nr 6 - wykaz osób spełniających wymagania określone w § 5 ust. 1 pkt. 3) SIWZ - **do wypełnienia przez Wykonawców,**
Zał. Nr 7 - informacja o przynależności do grupy kapitałowej - **do wypełnienia przez Wykonawców,**
Zał. Nr 8 - wzór umowy.

Częstochowa, dnia 21.05.2013 r.

ZATWIERDZAM
Specyfikację Istotnych Warunków Zamówienia:

DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE

KRZYSZTOF KŁOS

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców (w przypadku oferty wspólnej)*:

.....

Adres*:

Telefon*:

NIP*:

.....

Faks*, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję

.....

* W przypadku oferty wspólnej (konsorcjum, spółka cywilna) należy podać dane dotyczące Pełnomocnika.

FORMULARZ OFERTY

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Najświętszej Maryi Panny
42-200 Częstochowa
ul. Bialska 104/118

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym **na usługę:**

WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ

1. **Oferuję/-my*** wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

Część Nr	Cena brutto /PLN/	słownie
1		
2		
3		

w zależności od ilości oferowanych części, należy poszerzyć tabelę (wg wzoru) na każdą kolejną oferowaną część

2. Przyjmuję/-my* termin wykonania zamówienia określony we wzorze umowy tj.: 24 miesiące od daty zawarcia umowy.
3. Potwierdzam/-y* termin płatności, tj. 30 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.
4. **Oświadczamy**, że spełniamy wszystkie warunki określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz, że złożono wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie tych warunków.
5. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
6. **Zobowiązujemy się - w przypadku wybrania niniejszej oferty - do podpisania umowy** (wg Załącznika Nr 8 do SIWZ),
a) przesłanej przez Zamawiającego, za zaliczeniem pocztowym/*
b) odebranej - w uzgodnieniu z Zamawiającym
- przez kuriera zamówionego przez Wykonawcę/*
- przez osobę upoważnioną do odbioru ze strony Wykonawcy/*
c) w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, w jego siedzibie (ul. Bialska104/118, w Częstochowie)./*
7. **Oświadczamy**, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

8. Oferta składa się z kolejno ponumerowanych stron.
9. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:
- a) wykonanie
- b) wykonanie

10. Do niniejszej oferty załączamy:

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

11. **Wskazujemy dane niezbędne do aukcji elektronicznej** (proszę wypełnić czytelnie):

1) Adres e-mail, na który zostanie przesłane zaproszenie oraz poufny identyfikator, komplet login-hasło, umożliwiające zalogowanie do systemu aukcyjnego EPP.

.....
.....

2) Imię i nazwisko osoby (osób) upoważnionej do otrzymania poufnego identyfikatora i odpowiedzialnej za jego poufność.

.....
.....

Nr telefonu:

3) Oświadczam, że w toku aukcji elektronicznej oferty będą podpisywane podpisem elektronicznym należącym do osoby, która posiada lub będzie posiadać w dniu aukcji stosowne pełnomocnictwo do reprezentacji firmy.

12. Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy kierować do:

Imię i nazwisko

Adres:

Telefon faks

.....
miejsowość i data

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

* niepotrzebne skreśli.

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 1 - APARATY DO ZNIECZULENIA DRAGER

LP	NAZWA APARATURY UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat do znieczulania	Julian	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
2	Aparat do znieczulania	Titus	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
3	Aparat do znieczulania	Primus	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
4	Aparat do znieczulania	Primus	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
5	Aparat do znieczulania	Primus	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 2 - APARATY DO ZNIECZULENIA OHMEDA

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat do znieczulania z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
2	Aparat do znieczulania z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
3	Aparat do znieczulania z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
4	Aparat do znieczulania z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
5	Aparat do znieczulania z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
6	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
7	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
8	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
9	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					

10	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
11	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
12	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
13	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 3 - RESPIRATORY NPB

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
2	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
3	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
4	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
5	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
6	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
7	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
8	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
9	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
10	Respirator	NPB 740	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
11	Respirator	NPB 740	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
12	Respirator	NPB 740	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
13	Respirator	NPB 740	Neurochirurgia (ul. Bialska)					

14	Respirator	NPB 840	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
15	Respirator	NPB 840	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
16	Respirator	NPB 840	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
17	Respirator	NPB 840	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
18	Respirator	NPB 760	Neurologia (ul. PCK)					
19	Respirator	Companion	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 4 - RESPIRATORY MAQUET

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	SERVO i	Neurologia (ul. Bialska)					
2	Respirator	SERVO i	Neurologia (ul. Bialska)					
3	Respirator	SERVO i	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
4	Respirator	SERVO i	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
5	Respirator	SERVO i	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
6	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
7	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
8	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
9	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
10	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejscość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 5 - RESPIRATORY STEPHAN

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	IŁOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	ABV Intensiv	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
2	Respirator	ABV Intensiv	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
3	Respirator	ABV Intensiv	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
4	Respirator	HF 150	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
5	Respirator	HF 150	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
6	Respirator	HF 300	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
7	Respirator	HF 300	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
8	Respirator	HF 300	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
9	Respirator	STEPHANIA	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 6 - RESPIRATORY WEINMANN

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	MEDUMAT	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
2	Respirator	MEDUMAT	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
3	Respirator	MEDUMAT	SOR (ul. Bialska)					
4	Respirator	MEDUMAT	SOR (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 7 - RESPIRATORY AVIAN I nCPAP/SIPAP INFANT FLOW

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	Avian	SOR (ul. Bialska)					
2	Respirator	Avian	Izba Przyjęć (ul. PCK)					
3	Respirator	CPAP SiPAP	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
4	Respirator	INFANT FLOW SiPAP	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
5	Respirator	CPAP SiPAP	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)					
6	Respirator	INFANT FLOW ADVANCE	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 8 - RESPIRATORY DRAGER

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
2	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
3	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
4	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
5	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
6	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
7	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
8	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
9	Respirator	Babylog 8000SC	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)					
10	Respirator	Babylog 8000SC	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)					
11	Respirator	Babylog 8000SC	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)					
12	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
13	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
14	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul.					

			Bialska)					
15	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
16	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
17	Respirator	Carina	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 9 - RESPIRATOR PNEUPAC

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	babyPAC 100	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 10 - RESPIRATORY iVent GE

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	IŁOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	iVent	Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia MR					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 11 - APARAT DO LECZENIA TLENKIEM AZOTU

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat do leczenia tlenkiem azotu	PRINTERNOX SensorMedics	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 12 - RESPIRATOR TRYLOGY PHILIPS

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Respirator	Trylogy	ZOL					
2	Respirator	Trylogy	ZOL					
3	Respirator	Trylogy	ZOL					
4	Respirator	Trylogy	ZOL					
5	Respirator	Trylogy	ZOL					
6	Respirator	Trylogy	ZOL					
7	Respirator	Trylogy	ZOL					
8	Respirator	Trylogy	ZOL					
9	Respirator	Trylogy	ZOL					
10	Respirator	Trylogy	ZOL					
11	Respirator	Trylogy	ZOL					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 13 - DEFIBRYLATORY S&W

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Defibrylator	Cardio Aid	Kardiologia (ul. Bialska)					
2	Defibrylator	Cardio Aid	Kardiologia (ul. Bialska)					
3	Defibrylator	Cardio Aid	Izba Przyjęć (ul. Bialska)					
4	Defibrylator	Cardio Aid	Neurologia (ul. Bialska)					
5	Defibrylator	Cardio Aid	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
6	Defibrylator	Cardio Aid	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
7	Defibrylator	Cardio Aid	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
8	Defibrylator	Cardio Aid	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
9	Defibrylator	Cardio Aid	Chirurgia Onkologiczna (ul. Bialska)					
10	Defibrylator	Cardio Aid	Ośrodek Dializ (ul. Bialska)					
11	Defibrylator	Cardio Aid	Chirurgia Ogólna i Naczyń (ul. Bialska)					
12	Defibrylator	Cardio Aid	Zakład Diagnostyki Obrazowej (ul. Bialska) Na wyposażeniu pracowni TK					
13	Defibrylator	Cardio Aid	Neurologia (PCK)					
14	Defibrylator	Mindray	Nefrologia (ul. Bialska)					

		BeneHeart						
15	Defibrylator	CU-MEDICAL CU-ER5	ZOL					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 14 - DEFIBRYLATORY ASPEL

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Defibrylator	Defi-B	Pododdział Chemioterapii Dzielnej					
2	Defibrylator	Defi-B	Oddział Wewnętrzny (PCK 1)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 15 - DEFIBRYLATORY PHILIPS

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Defibrylator	HeartStart XL	Pracownia Hemodynamiki					
2	Defibrylator	HeartStart XL	Pracownia Hemodynamiki					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 16 - DEFIBRYLATORY MEDTRONIC

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Defibrylator	Lifepak 10 P	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
2	Defibrylator	Lifepak 12	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
3	Defibrylator	Lifepak 12	SOR (ul. Bialska)					
4	Defibrylator	Lifepak 12	SOR (ul. Bialska)					
5	Defibrylator	Lifepak 20	SOR (ul. Bialska)					
6	Defibrylator	Lifepak 20	ZDO, Pracownia Badań Naczyniowych (ul. Bialska)					
7	Defibrylator	Lifepak 20	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)					
8	Defibrylator	Lifepak 500	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
9	Defibrylator	Lifepak 500	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
10	Defibrylator	Lifepak 9B	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
11	Defibrylator	Lifepak 9B	Chirurgia i Traumatologia Dziecięca (ul. Bialska)					
12	Defibrylator	Lifepak 9B	Neurochirurgia (Bialska)					
13	Defibrylator	Lifepak 9B	Okulistyka (Bialska)					
14	Defibrylator	Lifepak 9B	Chirurgia Ogólna i Naczyń (ul. Bialska)					
15	Defibrylator	Lifepak 9B	Rehabilitacja (Ul. Bialska)					

16	Defibrylator	Lifepak 9B	Reumatologia (ul. PCK)					
					ŁĄCZNIE			

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 17 - DEFIBRYLATORY REANIBEX

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Defibrylator	Reanibex 700	Wewnętrzny (PCK)					
2	Defibrylator	Reanibex 700	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
3	Defibrylator	Reanibex 200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					
4	Defibrylator	Reanibex 200	Psychiatryczny (PCK)					
5	Defibrylator	Reanibex 700	Izba Przyjęć (ul. PCK)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 18 - DEFIBRYLATORY ZOLL

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Defibrylator	M-Series	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)					

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 19 - INKUBATORY OHMEDA

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Inkubator	Giraffe	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
2	Inkubator	Giraffe	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
3	Inkubator	Giraffe	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)					
4	Inkubator	Giraffe	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)					
5	Inkubator	Giraffe	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)					
6	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
7	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
8	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
9	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
10	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
11	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
12	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
13	Inkubator	4400	Chirurgia i Traumatologia Dziecięca (ul. Bialska)					
14	Inkubator	4400	Chirurgia i					

			Traumatologia Dziecięca (ul. Białska)					
15	Inkubator	4400	Pediatrica (ul. Białska)					
16	Inkubator	4400	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Białska)					
17	Inkubator	4400	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Białska)					
18	Inkubator	4400	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Białska)					
19	Inkubator	4400	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Białska)					
20	Inkubator	4400	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Białska)					
21	Inkubator	4400	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Białska)					
22	Inkubator	4400	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Białska)					
23	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Białska)					
24	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Białska)					
25	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Białska)					
26	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Białska)					
27	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Białska)					
28	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Białska)					
29	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Białska)					
30	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Białska)					
31	Inkubator	Care Plus	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Białska)					
32	Inkubator	Care Plus	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Białska)					
33	Inkubator	Care Plus	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla					

			Dzieci (ul. Bialska)					
34	Inkubator	Care Plus	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)					
35	Inkubator	Care Plus	Pediatrya (ul. Bialska)					
36	Inkubator	Care Plus	Pediatrya (ul. Bialska)					
37	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieńki (ul. Bialska)					
38	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieńki (ul. Bialska)					
39	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieńki (ul. Bialska)					
40	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieńki (ul. Bialska)					
41	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieńki (ul. Bialska)					
42	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieńki (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 20 - INKUBATORY DRAGER

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
2	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
3	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
4	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
5	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
6	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
7	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
8	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
9	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
10	Inkubator	Caleo	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Białska)					
11	Inkubator	Caleo	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Białska)					
12	Inkubator	BABYTHERM 8004	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Białska)					
13	Inkubator	BABYTHERM	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka					

		8004	(ul. Bialska)					
14	Inkubator transportowy	5400	Karetką N					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 21 - INKUBATORY S&W

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Inkubator	Isolette C-2000	Noworodki i Wcześnieńki (ul. Bialska)					
2	Inkubator	Isolette C-2000	Noworodki i Wcześnieńki (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 22 - INKUBATORY ATOM

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Inkubator	2100G	Pediatra (ul. PCK)					
2	Inkubator	2100G	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)					
3	Inkubator transportowy	V-808	Karetka N (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY**CZĘŚĆ NR 23 - DIATERMIE AESCULAP**

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
2	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
3	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
4	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
5	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
6	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
7	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
8	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
9	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
10	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
11	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
12	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
13	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
14	Diatermia	GN 300	Blok Operacyjny (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejscowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 24 - DIATERMIE ERBE

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	IŁOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Diatermia	VIO 300D	Blok Operacyjny (ul. PCK)					
2	Diatermia	VIO 300D	Blok Operacyjny (ul. PCK)					
3	Diatermia	ICC 50	Poradnia Chirurgii Onkologicznej					
4	Diatermia	ACC 450	Trakt Operacyjny (ul. Bialska)					
5	Diatermia	ICC 300	Trakt Operacyjny (ul. Bialska)					
6	Diatermia	VIO-200D	Pracownia Endoskopii (ul. Bialska)					
7	Diatermia	ICC 80	Pracownia Hemodynamiki (ul. Bialska)					
8	Diatermia	Diacapsutom	Oddział Okulistyki (Sala operacyjna, ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 25 - DIATERMIE VALEYLAB

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Diatermia	EZ 300	Blok Operacyjny (ul. PCK)					
2	Diatermia	EZ 300	Blok Operacyjny (ul. PCK)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 26 - DIATERMIE STORZ

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Diatermia	Autocom	Blok Operacyjny (ul. PCK)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 27 - KOMORY LAMINARNE

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Komora Laminarna	MSC - Advantage	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)					
2	Komora Laminarna	Safemate 1,2	Oddział Onkologii (ul. Bialska)					
3	Komora Laminarna	AC2-4S1	Pododdział Chemioterapii Diennej (ul. Bialska)					
4	Komora Laminarna	MSC 12	Zakład Mikrobiologii Klinicznej (ul. Bialska)					
5	Komora Laminarna	MARS 1200	Poradnia Prątka Gruźlicy (ul. PCK)					
6	Komora laminarna	KL-21	Apteka					
7.	Dygestorium do cytostatyków z wyciągiem	WSC - 2	Oddział Reumatologii (PCK)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 28 - STRZYKAWKI AUTOMATYCZNE

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Strzykawka Automatyczna	Optistar LE	Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia MR (ul. Bialska)					
2	Strzykawka Automatyczna	Optivantage DH	Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia TK (u. Bialska)					
3	Strzykawka Automatyczna	Optivantage	Zakład Radioterapii (ul. Bialska)					
4	Strzykawka Automatyczna	Angiomat Ilumena	Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia Badań Naczyniowych (u. Bialska)					
5	Strzykawka Automatyczna	Angiomat Ilumena	Pracownia Hemodynamiki (ul. Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 29 - POMPA DO KONTRAPULSACJI

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Pompa do kontrapulsacji	IABP CS 100	Pracownia Hemodynamiki (ul. Białska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 30 - AUTOKLAW SMS

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Autoklaw	SMS 666	Centralna Sterylizatornia (PCK)					
2	Autoklaw	SMS 666	Centralna Sterylizatornia (PCK)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 31 - AUTOKLAW GETINGE

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Autoklaw parowy	Getinge	Centralna Sterylizatornia (Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 32 - AUTOKLAW BMT

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Autoklaw parowy	BMT Sterivap	Centralna Sterylizatornia (Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 33 - AUTOKLAW MMM

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Autoklaw parowy	MMM Securex	Centralna Sterylizatornia (Bialska)					
2	Autoklaw parowy	MMM Securex	Centralna Sterylizatornia (Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 34 - AUTOKLAW J&J

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLADÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Autoklaw plazmowy	Sterrad	Centralna Sterylizatornia (Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 35 - APARATY RTG SIEMENS

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat RTG cyfrowy kostno – płucny	Axiom Aristos/ Siemens	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
2	Aparat RTG analogowy kostno – płucny	Multix TOP/ Siemens	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
3	Aparat cyfrowy RTG naczyniowy	Artis Zee/Siemens	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
4	Tomograf Komputerowy	Somatom Sensation Open	Zakład Radioterapii (Bialska)					
5	Tomograf Komputerowy	Somatom Sensation 40	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
6	Aparat RTG analogowy przyłóżkowy	Polymobil Plus/ Siemens	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
7	Rezonans Magnetyczny	Magnetom Avanto	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
8	Gamma Kamera	BasicCam	Pracownia Izotopowa (Bialska)					
9	Aparat RTG ramię C	Siremobil L	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
10	Aparat RTG analogowy przyłóżkowy	Polymobil Plus/ Siemens	Neurologia (PCK)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 36 - APARATY RTG PHILIPS

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat RTG Naczyniowy	Allura	Pracownia Hemodynamiki (Bialska)					
2	Aparat RTG ramie C	Pulsara	Pracownia Hemodynamiki (Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 37 - APARATY RTG ZIEHM

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat RTG ramie C	Ziehm 8000	Zakład Radioterapii (Bialska)					
2	Aparat RTG ramie C	Ziehm 8000	Blok Operacyjny (Bialska)					

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 38 - APARATY RTG APELEM

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat RTG analogowy Telekomando	Baccara	Zakład Diagnostyki Obrazowej (PCK)					
2	Aparat RTG analogowy przyłóżkowy	Saxo	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 39 - APARATY RTG MAMMOGRAFICZNE LORAD

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLADÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Mammograf	Lorad Selenia	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
2	Mammograf	Lorad M IV	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
3	Densytometr	Discovery	Poradnia Reumatologiczna (PCK)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 40 - APARATY RTG GE

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat RTG ramie C	FlexiView 8800	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

CZĘŚĆ NR 41 - APARATY RTG PRZYŁÓŻKOWY

LP	NAZWA APARATURY	MODEL/TYP	UŻYTKOWNIK/ODDZIAŁ	ILOŚĆ WYMAGANYCH PRZEGLĄDÓW	CENA JEDNOSTKOWA NETTO	WARTOŚĆ NETTO	STAWKA VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	Aparat RTG analogowy przyłóżkowy	Movix 4	Noworodki i Wcześnieiki (Bialska)					
ŁĄCZNIE								

.....
miejsowość i data

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: **P-8/034/13**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

L.p.	Nr Inwentarzowy	Nazwa aparatury	Model / Typ	Użytkownik/Oddział	Uwagi	
					Przeгляд w rok 2013	Przeгляд w roku 2014
APARATY DO ZNIECZULANIA						
Aparaty do znieczulania Drager (Pakiet 1)						
1.	011/802/02472	Aparat do znieczulania	Julian	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01961	Aparat do znieczulania	Titus	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/02736	Aparat do znieczulania	Primus	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	011/802/02737	Aparat do znieczulania	Primus	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5.	011/802/02738	Aparat do znieczulania	Primus	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Aparaty do znieczulania OHMEDA (Pakiet 2) (Dysponujemy własnymi komórkami tlenowymi do respiratorów (nie należy ich dołączać do oferty))						
1.	011/802/02464	Aparat do znieczulania Z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
2.	011/802/02463	Aparat do znieczulania Z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
3.	011/802/02461	Aparat do znieczulania Z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
4.	011/802/02462	Aparat do znieczulania Z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
5.	011/802/01744	Aparat do znieczulania Z przeglądem modułu gazowego w kardiomonitorze	Aspire	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
6.	011/802/01696	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
7.	011/802/00596	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
8.	011/802/00636	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
9.	011/802/00676	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
10.	011/802/00677	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014

11.	011/802/00678	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
12.	011/802/00674	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014
13.	011/802/00675	Aparat do znieczulania	Excel 210	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Nie wymagany	Wymagany, Przeгляд aktualny do lutego 2014

RESPIRATORY

Respiratory NPB (Pakiet nr 3)

Dysponujemy własnymi komórkami tlenowymi do respiratorów (nie należy ich dołączać do oferty)

1.	011/802/01389	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01388	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/01387	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	011/802/01385	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5.	011/802/01379	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6.	011/802/01378	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7.	011/802/00657	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8.	011/802/00078	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
9.	011/802/00077	Respirator	NPB 7200	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
10.	011/802/01386	Respirator	NPB 740	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
11.	011/802/01380	Respirator	NPB 740	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
12.	011/802/01381	Respirator	NPB 740	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
13.	011/802/01377	Respirator	NPB 740	Neurochirurgia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
14.	011/802/02325	Respirator	NPB 840	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Nie wymagany, Przeгляд zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny, kolejny w roku 2014	Wymagany, Przeгляд aktualny do maja 2014
15.	011/802/02326	Respirator	NPB 840	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Nie wymagany, Przeгляд zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny, kolejny w roku 2014	Wymagany, Przeгляд aktualny do maja 2014
16.	011/802/02327	Respirator	NPB 840	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Nie wymagany, Przeгляд zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny, kolejny w roku 2014	Wymagany, Przeгляд aktualny do maja 2014
17.	011/802/02328	Respirator	NPB 840	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Nie wymagany, Przeгляд zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny, kolejny w roku 2014	Wymagany, Przeгляд aktualny do maja 2014
18.	011/802/02324	Respirator	NPB 760	Neurologia (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
19.	011/802/02323	Respirator	Companion	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Nie wymagany, Przeгляд zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny, kolejny w roku 2014	Wymagany, Przeгляд aktualny do maja 2014

Respiratory MAQUET(Pakiet nr 4)

Dysponujemy własnymi komórkami tlenowymi dla tego modelu respiratora (nie należy ich dołączać do oferty)

1.	011/802/02089	Respirator	SERVO i	Neurologia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/02090	Respirator	SERVO i	Neurologia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/01950	Respirator	SERVO i	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	011/802/01951	Respirator	SERVO i	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5.	011/802/02091	Respirator	SERVO i	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6.	011/802/00652	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7.	011/802/00651	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8.	011/802/00650	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
9.	011/802/00614	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
10.	011/802/00613	Respirator	SERVO 900 C	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,

Respiratory STEPHAN (Pakiet nr 5)

Dysponujemy własnymi komórkami tlenowymi (nie należy ich dołączać do oferty)

1.	011/802/01029	Respirator	ABV Intensiv	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01024	Respirator	ABV Intensiv	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/01022	Respirator	ABV Intensiv	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	011/802/01030	Respirator	HF 150	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5.	011/802/01031	Respirator	HF 150	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6.	011/802/01140	Respirator	HF 300	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7.	011/802/01139	Respirator	HF 300	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8.	011/802/01138	Respirator	HF 300	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
9.	011/802/01137	Respirator	STEPHANIA	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,

Respiratory WEINMANN (Pakiet nr 6)

1	011/802/01702	Respirator	MEDUMAT	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2	011/802/00742	Respirator	MEDUMAT	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3	011/802/01745	Respirator	MEDUMAT	SOR (ul. Bialska)	Wymagany, Przegląd aktualny do sierpnia 2013	Wymagany,
4	011/802/01703	Respirator	MEDUMAT	SOR (ul. Bialska)	Wymagany, Przegląd aktualny do sierpnia 2013	Wymagany,

Respiratory AVIAN i nCPAP/SIPAP Infant Flow (Pakiet nr 7)

1	011/802/01384	Respirator	Avian	SOR (ul. Bialska)	Nie wymagany Przegląd zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny, kolejny w roku 2014	Wymagany,
2	011/802/01383	Respirator	Avian	Izba Przyjęć (ul. PCK)	Nie wymagany Przegląd zlecany wcześniej na	Wymagany,

					wniosek interwencyjny, kolejny w roku 2014	
3	011/802/02988	Respirator	CPAP SiPAP	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4	011/802/02013	Respirator	INFANT FLOW SiPAP	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5	011/802/02989	Respirator	CPAP SiPAP	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6	011/802/01772	Respirator	INFANT FLOW ADVANCE	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Respiratory DRAGER (Pakiet nr 8)						
Dysponujemy własnymi komórkami tlenowymi (nie należy ich dołączać do oferty)						
1	U.M. – użyczony	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2	U.M. – użyczony	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3	U.M. – użyczony	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4	U.M. – użyczony	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5	U.M. – użyczony	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6	U.M. – użyczony	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7	U.M. – użyczony	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8	U.M. – użyczony	Respirator	Babylog 8000SC	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
9	011/802/00563	Respirator	Babylog 8000SC	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
10	011/802/00729	Respirator	Babylog 8000SC	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
11	011/802/00728	Respirator	Babylog 8000SC	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
12	011/802/01916	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
13	011/802/01917	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
14	011/802/02080	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
15	011/802/02081	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
16	011/802/01918	Respirator	Evita	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
17	011/802/02079	Respirator	Carina	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Respirator PNEUPAC (Pakiet nr 9)						
1	011/802/01955	Respirator	babyPAC 100	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Respirator iVent GE (Pakiet nr 10)						
1	011/802/01956	Respirator	iVent	Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia MR	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Aparat do leczenia tlenkiem azotu (Pakiet nr 11)						
1	U.M. – użyczony	Aparat do leczenia tlenkiem azotu	PRINTERNOX SensorMedics	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Respirator Trylogy Philips (Pakiet nr 12)						
1.	011/802/02927	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze

						stanem licznika
2.	011/802/02928	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
3.	011/802/02929	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
4.	011/802/02930	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
5.	011/802/02931	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
6.	011/802/02932	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
7.	011/802/02933	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
8.	011/802/02934	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
9.	011/802/02935	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
10.	011/802/02936	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika
11.	011/802/02937	Respirator	Trylogy	ZOL	Przeegląd aktualny.	Wymagany, zgodnie ze stanem licznika

DEFIBRYLATORY

Defibrylatory S&W (Pakiet 13)

1.	011/802/01989	Defibrylator	Cardio Aid	Kardiologia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/00714	Defibrylator	Cardio Aid	Kardiologia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/01662	Defibrylator	Cardio Aid	Izba Przyjęć (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	011/802/00715	Defibrylator	Cardio Aid	Neurologia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5.	011/802/00712	Defibrylator	Cardio Aid	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6.	011/802/01081	Defibrylator	Cardio Aid	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7.	011/802/01080	Defibrylator	Cardio Aid	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8.	011/802/00694	Defibrylator	Cardio Aid	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
9.	011/802/01082	Defibrylator	Cardio Aid	Chirurgia Onkologiczna (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
10.	011/802/00713	Defibrylator	Cardio Aid	Ośrodek Dializ (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
11.	011/802/00791	Defibrylator	Cardio Aid	Chirurgia Ogólna i Naczyń (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
12.	B/DDO/obr/013/II/1/00001	Defibrylator	Cardio Aid	Zakład Diagnostyki Obrazowej (ul. Bialska) Na wyposażeniu pracowni TK	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
13.	011/802/02532	Defibrylator	Cardio Aid	Neurologia (PCK)	Wymagany, Przeegląd aktualny do września 2013	Wymagany,

14.	011/802/02836	Defibrylator	Mindray BeneHeart	Nefrologia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
15.	011/802/02902	Defibrylator	CU-MEDICAL CU-ER5	ZOL	Wymagany, Przegląd aktualny do maja 2013	Wymagany,
Defibrylatory Aspel (Pakiet 14)						
1.	011/802/01808	Defibrylator	Defi-B	Pododdział Chemioterapii Dzielnej	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/02523	Defibrylator	Defi-B	Oddział Wewnętrzny (PCK 1)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Defibrylatory Philips (Pakiet 15)						
1.	011/802/01787	Defibrylator	HeartStart XL	Pracownia Hemodynamiki	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01934	Defibrylator	HeartStart XL	Pracownia Hemodynamiki	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Defibrylatory MEDTRONIC (Pakiet 16)						
1.	011/802/00707	Defibrylator	Lifepak 10 P	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/00711	Defibrylator	Lifepak 12	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/01712	Defibrylator	Lifepak 12	SOR (ul. Bialska)	Nie wymagany Przegląd zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny kolejny w roku 2014	Wymagany,
4.	011/802/01713	Defibrylator	Lifepak 12	SOR (ul. Bialska)	Nie wymagany Przegląd zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny kolejny w roku 2014	Wymagany,
5.	011/802/01902	Defibrylator	Lifepak 20	SOR (ul. Bialska)	Nie wymagany Przegląd zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny kolejny w roku 2014	Wymagany,
6.	011/802/01943	Defibrylator	Lifepak 20	ZDO, Pracownia Badań Naczyniowych (ul. Bialska)	Przegląd aktualny do stycznia 2014	Wymagany,
7.	011/802/02015	Defibrylator	Lifepak 20	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8.	011/802/02533	Defibrylator	Lifepak 500	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
9.	011/802/02534	Defibrylator	Lifepak 500	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
10.	011/802/02530	Defibrylator	Lifepak 9B	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
11.	011/802/01665	Defibrylator	Lifepak 9B	Chirurgia i Traumatologia Dziecięca (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
12.	011/802/01663	Defibrylator	Lifepak 9B	Neurochirurgia (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
13.	011/802/01666	Defibrylator	Lifepak 9B	Okulistyka (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
14.	011/802/01661	Defibrylator	Lifepak 9B	Chirurgia Ogólna i Naczyń (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
15.	011/802/01667	Defibrylator	Lifepak 9B	Rehabilitacja (Ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
16.	011/802/01664	Defibrylator	Lifepak 9B	Reumatologia (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Defibrylatory Reanibex (Pakiet 17)						
1.	011/802/02527	Defibrylator	Reanibex 700	Wewnętrzny (PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/02525	Defibrylator	Reanibex 700	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/02526	Defibrylator	Reanibex 200	Anestezjologia i Intensywna	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,

				Terapia (ul. PCK)	przeгляdu	
4.	011/802/02524	Defibrylator	Reanibex 200	Psychiatryczny (PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
5.	011/802/02528	Defibrylator	Reanibex 700	Izba Przyjęć (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
Defibrylatory ZOLL (Pakiet 18)						
1.	011/802/02535	Defibrylator	M-Series	Anestezjologia i Intensywna Terapia (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
INKUBATORY						
Inkubatory OHMEDA (Pakiet nr 19)						
(Dysponujemy własnymi komórkami tlenowymi (nie należy ich dołączać do oferty))						
1.	011/802/01998	Inkubator	Giraffe	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
2.	011/802/01999	Inkubator	Giraffe	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
3.	011/802/01903	Inkubator	Giraffe	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
4.	011/802/01879	Inkubator	Giraffe	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
5.	011/802/01880	Inkubator	Giraffe	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
6.	011/802/01181	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
7.	011/802/01179	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
8.	011/802/01181	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
9.	011/802/01178	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
10.	011/802/01177	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
11.	011/802/01176	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
12.	011/802/01175	Inkubator	4400	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
13.	011/802/01183	Inkubator	4400	Chirurgia i Traumatologia Dziecięca (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
14.	011/802/01184	Inkubator	4400	Chirurgia i Traumatologia Dziecięca (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
15.	011/802/01182	Inkubator	4400	Pediatrici (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
16.	011/802/01033	Inkubator	4400	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
17.	011/802/01034	Inkubator	4400	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
18.	011/802/01035	Inkubator	4400	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
19.	011/802/01037	Inkubator	4400	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
20.	011/802/01036	Inkubator	4400	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
21.	011/802/01726	Inkubator	4400	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
22.	011/802/02490	Inkubator	4400	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
23.	011/802/01163	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
24.	011/802/01164	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,

25.	011/802/01165	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
26.	011/802/01170	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
27.	011/802/01174	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
28.	011/802/01172	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
29.	011/802/01171	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
30.	011/802/01173	Inkubator	Care Plus	Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
31.	011/802/01039	Inkubator	Care Plus	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
32.	011/802/01038	Inkubator	Care Plus	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
33.	011/802/01040	Inkubator	Care Plus	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
34.	011/802/01046	Inkubator	Care Plus	Anestezjologia i Intensywna Terapia dla Dzieci (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
35.	011/802/01166	Inkubator	Care Plus	Pediatrya (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
36.	011/802/01167	Inkubator	Care Plus	Pediatrya (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
37.	011/802/01042	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
38.	011/802/01043	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
39.	011/802/01045	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
40.	011/802/01169	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
41.	011/802/01168	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
42.	011/802/01146	Inkubator	Care Plus	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,

Inkubatory Drager (Pakiet 20)

Dysponujemy własnymi komórkami tlenowymi (nie należy ich dołączać do oferty)

1.	WOŚP	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	U.M. – użyczony	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	U.M. – użyczony	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	U.M. – użyczony	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5.	U.M. – użyczony	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6.	U.M. – użyczony	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7.	U.M. – użyczony	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8.	U.M. – użyczony	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
9.	U.M. – użyczony	Inkubator	Caleo	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
10.	011/802/02494	Inkubator	Caleo	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
11.	011/802/02495	Inkubator	Caleo	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,

				Bialska)	przeгляdu	
12.	U.M. – użyczony	Inkubator	BABYTHERM 8004	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
13.	U.M. – użyczony	Inkubator	BABYTHERM 8004	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
14.	011/802/00786	Inkubator transportowy	5400	Karetka N	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,

Inkubatory S&W (Pakiet 21)

Dysponujemy własnymi komórkami tlenowymi (nie należy ich dołączać do oferty)

1.	011/802/02488	Inkubator	Isolette C-2000	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
2.	011/802/02489	Inkubator	Isolette C-2000	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,

Inkubatory ATOM (Pakiet 22)

1.	011/802/02491	Inkubator	2100G	Pediatra (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
2.	011/802/02493	Inkubator	2100G	Noworodki i Wcześnieiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
3.	011/802/01955	Inkubator transportowy	V-808	Karetka N (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,

DIATERMIE CHIRURGICZNE

Diatermie Aesculap (Pakiet 23)

1.	011/802/00191	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
2.	011/802/00192	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
3.	011/802/00485	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
4.	011/802/01332	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
5.	011/802/01337	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
6.	011/802/01585	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
7.	011/802/01591	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
8.	011/802/00403	Diatermia	GN 350	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
9.	011/802/00487	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
10.	011/802/00588	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
11.	011/802/01332	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
12.	011/802/00592	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
13.	011/802/00403	Diatermia	GN 060	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
14.	011/802/00643	Diatermia	GN 300	Blok Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,

Diatermie Erbe (Pakiet 24)

1.	011/802/02518	Diatermia	VIO 300D	Blok Operacyjny (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
2.	011/802/02519	Diatermia	VIO 300D	Blok Operacyjny (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
3.	011/802/00584	Diatermia	ICC 50	Poradnia Chirurgii Onkologicznej	Wymagany, brak aktualnego przeгляdu	Wymagany,
4.	011/802/00167	Diatermia	ACC 450	Trakt Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego	Wymagany,

					przeгляdu	
5.	011/802/01083	Diatermia	ICC 300	Trakt Operacyjny (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6.	011/802/01834	Diatermia	VIO-200D	Pracownia Endoskopii (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7.	011/802/01980	Diatermia	ICC 80	Pracownia Hemodynamiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8.	Brak nr wykazany podczas akcji naklejania nr inwent.	Diatermia	Diacapsutom	Oddział Okulistyki (Sala operacyjna, ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,

Diatermie ValeyLab (Pakiet 25)

1.	011/802/02516	Diatermia	EZ 300	Blok Operacyjny (ul. PCK)	Wymagany, Przegląd aktualny do maja 2013	Wymagany,
2.	011/802/02517	Diatermia	EZ 300	Blok Operacyjny (ul. PCK)	Wymagany, Przegląd aktualny do lipca 2013	Wymagany,

Diatermie Storz (Pakiet 26)

1.	011/802/02515	Diatermia	Autocom	Blok Operacyjny (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
----	---------------	-----------	---------	---------------------------	--	------------------

KOMORY LAMINARNE (Pakiet 27)

1.	011/802/02009	Komora Laminarna	MSC - Advantage	Intensywna Terapia i Patologia Noworodka (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01883	Komora Laminarna	Safemate 1,2	Oddział Onkologii (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/01858	Komora Laminarna	AC2-4S1	Pododdział Chemioterapii Diennej (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	011/802/01099	Komora Laminarna	MSC 12	Zakład Mikrobiologii Klinicznej (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5.	011/802/02289	Komora Laminarna	MARS 1200	Poradnia Prątka Gruźlicy (ul. PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6.	011/802/00144	Komora laminarna	KL-21	Apteka	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7.	011/802/02828	Dygestorium do cytostatyków z wyciągiem	WSC-2	Oddział Reumatologii (PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,

STRZYKAWKI AUTOMATYCZNE (Pakiet 28)

1.	011/802/01956 Na wyposażeniu Rezonansu pracowni MR	Strzykawka Automatyczna	Optistar LE	Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia MR (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01946 Na wyposażeniu Tomografu pracowni TK	Strzykawka Automatyczna	Optivantage DH	Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia TK (u. Bialska)	Wymagany, Przegląd aktualny do października 2013	Wymagany,
3.	011/802/01884	Strzykawka Automatyczna	Optivantage	Zakład Radioterapii (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	011/802/01943 Na wyposażeniu Aparatu RTG Artis Zee Z.D.O.	Strzykawka Automatyczna	Angiomat Ilumena	Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia Badań Naczyniowych (u. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
5.	011/802/01777 Na wyposażeniu aparatu RTG Allura 9C Hemodynamika	Strzykawka Automatyczna	Angiomat Ilumena	Pracownia Hemodynamiki (ul. Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,

Pompa do kontrapulsacji (Pakiet 29)

1.	011/802/01775	Pompa do kontrapulsacji	IABP CS 100	Pracownia Hemodynamiki (ul. Bialska)	Nie wymagany Przegląd zlecany wcześniej na wniosek interwencyjny kolejny	Wymagany,
----	---------------	-------------------------	-------------	--------------------------------------	---	------------------

					w roku 2014	
AUTOKLAWY						
Autoklaw SMS (Pakiet 30)						
Dysponujemy własnymi uszczelkami, filtrami, smarami						
1.	011/802/02361	Autoklaw	SMS 666	Centralna Sterylizatornia (PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/02363	Autoklaw	SMS 666	Centralna Sterylizatornia (PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Autoklaw Getinge (Pakiet 31)						
1.	011/802/01532	Autoklaw parowy	Getinge	Centralna Sterylizatornia (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Autoklaw BMT (Pakiet 32)						
1.	011/802/01923	Autoklaw parowy	BMT Sterivap	Centralna Sterylizatornia (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Autoklaw MMM (Pakiet 33)						
1.	011/659/00046	Autoklaw parowy	MMM Securex	Centralna Sterylizatornia (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/659/00046	Autoklaw parowy	MMM Securex	Centralna Sterylizatornia (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
Autoklaw J&J (Pakiet 34)						
1.	011/802/02362	Autoklaw plazmowy	Sterrad	Centralna Sterylizatornia (Bialska)	Wymagany, Przegląd aktualny do czerwca 2013	Wymagany,
APARATY RTG SIEMENS (Pakiet 35)						
1.	011/802/01931	Aparat RTG cyfrowy kostno – płucny	Axiom Aristos/ Siemens	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, Przegląd aktualny do czerwca 2013	Wymagany,
2.	011/802/02794	Aparat RTG analogowy kostno – płucny	Multix TOP/ Siemens	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, Przegląd aktualny do września 2013	Wymagany,
3.	011/802/01943	Aparat cyfrowy RTG naczyniowy	Artis Zee	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
4.	011/802/01844	Tomograf Komputerowy	Somatom Sensation Open	Zakład Radioterapii (Bialska)	Wymagany, Przegląd aktualny do listopada 2013	Wymagany,
5.	011/802/01946	Tomograf Komputerowy	Somatom Sensation 40	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
6.	011/802/01709	Aparat RTG analogowy przyłóżkowy	Polymobil Plus/ Siemens	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
7.	011/802/01956	Rezonans Magnetyczny	Magnetom Avanto	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
8.	011/802/01630	Gamma Kamera	BasicCam	Pracownia Izotopowa (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
9.	011/802/02373	Aparat RTG ramie C	Siremobil L	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
10.	011/802/02375	Aparat RTG analogowy przyłóżkowy	Polymobil Plus/ Siemens	Neurologia (PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
APARATY RTG Philips (Pakiet 36)						
1.	011/802/01777	Aparat RTG Naczyniowy	Allura	Pracownia Hemodynamiki (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01932	Aparat RTG ramie C	Pulsara	Pracownia Hemodynamiki (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
APARATY RTG ZIEHM (Pakiet 37)						
1.	011/802/01919	Aparat RTG ramie C	Ziehm 8000	Zakład Radioterapii (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01941	Aparat RTG ramie C	Ziehm 8000	Blok Operacyjny (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
APARATY RTG APELEM (Pakiet 38)						
1.	011/802/02372	Aparat RTG analogowy Telekomando	Baccara	Zakład Diagnostyki Obrazowej (PCK)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/01343	Aparat RTG analogowy przyłóżkowy	Saxo	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
APARATY RTG Mammograficzne LORAD (Pakiet 39)						

1.	011/802/02109	Mammograf	Lorad Selenia	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
2.	011/802/02374	Mammograf	Lorad M IV	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
3.	011/802/02815	Densytometr	Discovery	Poradnia Reumatologiczna (PCK)	Wymagany, Przegląd aktualny do października 2013	Wymagany,

APARATY RTG GE (Pakiet 40)

1.	011/802/01752	Aparat RTG ramie C	FlexiView 8800	Zakład Diagnostyki Obrazowej (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
----	---------------	--------------------	----------------	--	--	------------------

APARATY RTG przyłóżkowy (Pakiet 41)

1.	011/802/02371	Aparat RTG analogowy przyłóżkowy	Movix 4	Noworodki i Wcześnieńiak (Bialska)	Wymagany, brak aktualnego przeglądu	Wymagany,
----	---------------	----------------------------------	---------	------------------------------------	--	------------------

Wymagania dotycząc przeglądów okresowych aparatury wyszczególnionej w tabeli powyżej

Wykonanie przeglądów w terminie wygaśnięcia obecnie jeszcze obowiązujących , a jeżeli już wygasły w terminie ustalonym z Kierownikiem Sekcji Aparatury Medycznej i Użytkownikiem.
Przeglądy wykonywane mają być bezpośrednio u Użytkownika, z wyjątkiem przeglądu defibrylatorów i diatermii, które mogą być wykonywane u Wykonawcy po wcześniejszym ustaleniu (w tym przypadku wymagane jest podstawienie aparatury zastępczej o takiej samej funkcjonalności na czas wykonywania przeglądu).
Po zawarciu umowy na przeglądy Wykonawca przedstawi harmonogram przeglądów.
Wykonanie przeglądów przez uprawnionych pracowników Wykonawcy posiadających odpowiednie certyfikaty.
Wykonanie przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta.
Po wykonaniu przeglądu , zostanie wystawiony raport serwisowy oraz protokół z wynikami przeglądu (w przypadku przeglądu diatermii, defibrylatorów i komór laminarnych) oraz wynikami testów bezpieczeństwa elektrycznego . Zostanie umieszczony wpis w paszporcie technicznym urządzenia.
W przypadku konieczności wymiany elementów , których to potrzeba została stwierdzona po wykonaniu przeglądu, zostanie przedstawiona oferta cenowa do akceptacji.

.....
.....
.....
(nazwa i adres Wykonawcy)

„Wzór”

OŚWIADCZENIE
O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU
art. 22 ust. 1 pkt 1)-4) ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych
(tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r., Nr 113, poz. 759 ze zm.)

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego **na usługę:**

WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ

w imieniu:

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

Oświadczam(y), że na dzień składania ofert spełniam(y) warunki dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia;
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....
miejsowość i data

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

*niepotrzebne skreślić

UWAGA:

W przypadku oferty składania przez Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego, oświadczenie o spełnianiu każdego z warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 składa co najmniej jeden z tych Wykonawców albo wszyscy Ci Wykonawcy wspólnie.

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

„Wzór”

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego **na usługę**

WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ

w imieniu:

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

Oświadczam(y), że na dzień składania ofert brak jest podstaw do wykluczenia Mnie/Nas z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r., Nr 113, poz. 759 ze zm.).

.....
miejsowość i data

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

*niepotrzebne skreślić

UWAGA:

W przypadku składania oferty wspólnej przez kilku przedsiębiorców (tzw. konsorcjum) lub przez spółkę cywilną, każdy ze wspólników konsorcjum lub spółki cywilnej musi złożyć ww. oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu.

„Wzór”

WYKAZ OSÓB
KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA
spełniających wymagania określone w § 5 ust. 1 pkt. 3)
Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego **na usługę:**

WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ

w imieniu:

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

oświadczamy, że w wykonywaniu zamówienia będą uczestniczyły następujące osoby:

Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie i wykształcenie zawodowe	Zakres wykonywanych przez nie czynności	Podstawa dysponowania (należy wpisać podstawę dysponowania osobą np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, zobowiązanie do współpracy)*

UWAGA*:

W przypadku, gdy Wykonawca polega na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie nimi dysponował, tj. musi przedstawić pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji tych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu przedmiotu niniejszego zamówienia.

W/w zobowiązanie musi być przedstawione w oryginale.

.....
miejsowość i data

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

.....
(nazwa i adres Wykonawcy)

„Wzór”

INFORMACJA O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego **na usługę:**

WYKONANIE PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ

w imieniu:

.....
(pełna nazwa Wykonawcy)

Informuję, że na dzień składania ofert:

- 1. nie należą do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50 poz. 331 z późn. zm.)*
- 2. należą do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. nr 50 poz. 331 z późn. zm.) i poniżej przekładam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*

Lp.	Nazwa podmiotu	Adres podmiotu
1.		
2.		
3.		
...		

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

.....
miejsowość i data

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

*niepotrzebne skreślić. Jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej.

UMOWA Nr – wzór umowy

zawarta w dniu 2013 r. w, pomiędzy:

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. NAJSWIĘTSZEJ MARYI PANNY

ul. Białska 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:

.....
a firmą:

REGON:, NIP:

zwaną dalej „WYKONAWCĄ”

którą reprezentuje:

w wyniku rozstrzygnięcia przetargu nieograniczonego w trybie przepisów ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.), zawarta została umowa następującej treści:

§1

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania **PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH APARATURY MEDYCZNEJ**, znajdującej się na wyposażeniu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.
2. Wykaz aparatury medycznej podlegającej okresowym przeglądom oraz zakres obowiązków Wykonawcy znajduje się w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy - „Opisie przedmiotu zamówienia” (Załącznik Nr 3 do SIWZ).
3. Wykonawca zobowiązany jest zapoznać się z wszystkimi informacjami, niezbędnymi do prawidłowego wykonania przedmiotu umowy.

§ 2

Umowa zostaje zawarta na okres 24 miesięcy od dnia jej zawarcia tj. od dnia..... do dnia

§3

1. Usługa przeglądów okresowych aparatury medycznej winna obejmować wszystkie wymagania i czynności określone w dokumentacji technicznej, instrukcji obsługi urządzenia i instrukcji serwisowej, zgodnie z zaleceniami producentów aparatury i obowiązującymi przepisami prawa i normami z uwzględnieniem:

- 1) zebrania od obsługi Zamawiającego informacji dotyczących funkcjonowania aparatu,
- 2) sprawdzenie stanu technicznego,
- 3) sprawdzenia parametrów pracy wymaganych przez producenta przy użyciu własnej aparatury kontrolno-pomiarowej, narzędzi i materiałów,
- 4) przeprowadzenia czynności korygujących – ustawienie i regulacja odpowiednich wartości nastawień w przypadku ich odchylenia od wartości wymaganych przez producenta,
- 5) wykonania czynności konserwacyjnych takich jak: oczyszczenie dróg chłodzenia i odprowadzania ciepła czy oczyszczenie i przesmarowanie ruchomych części mechanicznych zgodnie z zaleceniami producenta, wymiana części zużywalnych (t.j. filtry, uszczelki, kable itp.)
- 6) określenie stopnia zużycia części,
- 7) sprawdzenia bezpieczeństwa elektrycznego i mechanicznego,
- 8) dokonania odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego (data przeglądu, ocena techniczna określająca czy aparat jest sprawny i nadający się do eksploatacji, oraz wykonanych czynności i wymienianych części, data następnego przeglądu, pieczętka i podpis Wykonawcy),
- 9) dokonania wszystkich innych czynności, których konieczność wykonania wynika z przepisów prawa, zaleceń producenta aparatury, z wiedzy i doświadczenia Wykonawcy.

2. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Zamawiającego jest:, nr telefonu

3. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Wykonawcy jest:, nr telefonu

4. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania przeglądów sukcesywnie, zgodnie z ustaleniami pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym, jednak max. do końca 2013 roku w przypadku braku aktualnego przeglądu oraz w roku 2014 zgodnie z datą wygaśnięcia przeglądu wykonanego w 2013 roku, w terminie ustalonym z Kierownikiem Sekcji Aparatury Medycznej i Teletechniki oraz użytkownikiem i zgodnie z pisemnym harmonogramem przedstawionym przez Wykonawcę, a zatwierdzonym przez Zamawiającego, stanowiącym Załącznik Nr 3 do niniejszej umowy.

5. Po wykonaniu usługi, będącej przedmiotem zamówienia zostanie wystawiony raport serwisowy oraz protokół z wynikami przeglądu (w przypadku przeglądu diatermii, defibrylatorów i komór laminarnych) oraz wynikami testów bezpieczeństwa elektrycznego, potwierdzony przez osobę wyznaczoną przez Zamawiającego tj. Kierownika Sekcji Aparatury Medycznej i Teletechniki Zamawiającego.

6. W przypadku wyłączenia aparatu z użytkowania do Wykonawcy należy obowiązek umieszczenia na niesprawnym aparacie czytelnej informacji: „aparat niesprawny - nie używać” lub „aparat przeznaczony do naprawy - nie używać” oraz uniemożliwić jego włączenie.

7. W przypadku aparatury, która w wyniku przeglądu została uznana za nie nadająca się do dalszej eksploatacji Wykonawca sporządzi orzeczenie techniczne w ramach ceny za przegląd.

8. W przypadku wycofania z eksploatacji urządzenia objętego zakresem zamówienia wartość umowy będzie pomniejszona o wartość pozostałych do wykonania przeglądów wycofanego urządzenia. Zamawiający w przypadku wycofania aparatu z eksploatacji z przyczyn technicznych, zmniejszy zakres przedmiotowy zamówienia. Zmiana ta nie wymaga sporządzania aneksu do umowy.

9. Zamawiający zastrzega sobie możliwość odstąpienia od wykonania przeglądu w przypadku nieprzewidzianej awarii aparatu lub w przypadku konieczności jego wycofania z eksploatacji.

10. Cena jednostkowa netto za przegląd techniczny musi uwzględnić wszystkie koszty związane z tą usługą, w tym dojazd, robociznę, materiały eksploatacyjne i części wymagane do wykonania przeglądu, koszty transportu w sytuacji, gdy będzie istniała konieczność wykonania przeglądu w siedzibie serwisu.

11. W przypadku wystąpienia konieczności wykonania usługi poza siedzibą Zamawiającego, pobranie aparatu nastąpi wyłącznie za zgodą Zamawiającego oraz po sporządzeniu protokołu przekazania podpisanego przez Zamawiającego i Wykonawcę.

12. Wszelkie zalecenia dotyczące konieczności wymiany elementów, nie wymienianych w trakcie przeglądu, np. uszkodzonych, stwierdzone przy wykonaniu przeglądu, będą uzgadniane z osobą upoważnioną przez Zamawiającego, określoną w § 3 ust. 2 niniejszej umowy wraz z przedstawieniem przewidywanych kosztów tej wymiany. Wykonanie ich nastąpi po uprzedniej akceptacji przez Zamawiającego.

§4

1. Wykonawca powierza nadzór i realizację przedmiotu zamówienia osobom uprawnionym, posiadającym udokumentowane kwalifikacje i uprawnienia do ich wykonywania oraz przeszkolonym w zakresie okresowych przeglądów technicznych aparatury medycznej, a ujętym w wykazie osób stanowiącym odpowiednio **Załącznik Nr 4** do umowy (Załącznik Nr 6 do SIWZ).

2. W przypadku, gdy Wykonawca powierzy wykonanie części lub całości obowiązków wynikających z umowy podwykonawcom (osobom trzecim), za ich działania i zaniechania Wykonawca odpowiada jak za własne działania i zaniechania.

3. Czynności stanowiące przedmiot umowy wykonywane będą przy użyciu narzędzi i aparatury będącej w dyspozycji Wykonawcy.

§5

Na wymienione podczas przeglądu okresowego części zużywalne Wykonawca udziela min. 6 - miesięcznej gwarancji.

§6

1. Wartość całości przedmiotu niniejszej umowy za cały okres jej obowiązywania wynosi:
..... **zł brutto** (słownie złotych:).

2. Z tytułu należytego wykonania przedmiotu umowy Zamawiający zapłaci Wykonawcy każdorazowo wynagrodzenie za wykonaną usługę przeglądu okresowego aparatury medycznej, obliczone wg cen podanych w formularzu asortymentowo-cenowym, stanowiącym **Załącznik Nr 2** do niniejszej umowy (Załącznik nr 2 do SIWZ), który stanowi podstawę rozliczeń finansowych między Zamawiającym i Wykonawcą, wg wzoru: cena jednostkowa jednorazowego przeglądu danego aparatu pomnożona przez ilość wykonanych przeglądów.

- 3.** Wynagrodzenie Wykonawcy może ulec zmianie tylko na zasadach i warunkach określonych w § 7 niniejszej umowy.
- 4.** 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, koszt dojazdu, ubezpieczenia, części zużywalne podlegające wymianie podczas przeglądu i inne koszty, jeśli występują).
- 5.** Należność z tytułu świadczonych usług będzie wypłacana na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT. Podstawą do wystawienia faktury będzie podpisany przez uprawnione osoby ze strony Zamawiającego i Wykonawcy, protokół po przeglądzie.
- 6.** Zapłata wynagrodzenia określonego w ust. 2, nastąpi w formie polecenia przelewu w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT, przy czym za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku bankowego Wykonawcy. W przypadku, gdy dzień zapłaty przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, to płatność nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po tym dniu.
- 7.** W przypadku nieterminowej zapłaty wynagrodzenia przez Zamawiającego, Wykonawcy nie przysługuje prawo wstrzymania świadczenia usług objętych niniejszą umową. W przypadku zwłoki w zapłacie wynagrodzenia za wykonane usługi, Wykonawca może naliczyć odsetki w wysokości ustawowej.
- 8.** Upoważnia się Wykonawcę do wystawienia faktury VAT bez podpisu Zamawiającego.
- 9.** Faktura niezgodna z postanowieniami niniejszej umowy upoważnia Zamawiającego do wystawienia noty korygującej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§ 7

- 1.** Zamawiający przewiduje możliwość zmiany niniejszej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie, której dokonano wyboru Wykonawcy w następujących przypadkach i na określonych warunkach:
 - 1)** dopuszcza się obniżenie wynagrodzenia Wykonawcy, przy zachowaniu zakresu jego świadczenia umownego, z uwzględnieniem § 3 ust. 8 niniejszej umowy
 - 2)** dopuszcza się zmianę stawki podatku VAT od towarów i usług na przedmiot zamówienia, pod warunkiem niezmienności cen brutto,
 - 3)** dopuszcza się skrócenie terminu wykonania umowy,
 - 4)** dopuszcza się ograniczenie zamówienia, co nie jest odstępianiem od umowy, nawet w części. W takim przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy, bez naliczania jakichkolwiek kar,
 - 5)** dopuszcza się zmianę umowy polegającą na zmianie danych Wykonawcy bez zmian samego Wykonawcy np. zmiana siedziby, adresu, nazwy,
 - 6)** dopuszcza się zmianę personalną osób Wykonawcy, jednak z uprawnieniami nie niższymi od uprawnień osób wyszczególnionych w **Załączniku Nr 4** do niniejszej umowy (załącznik nr 6 do SIWZ).
- 2.** Zmiana postanowień umowy wymaga, pod rygorem nieważności zachowania formy pisemnej. Na wniosek Wykonawcy istnieje możliwość dokonania zmian umowy pod warunkiem wyrażenia zgody przez Zamawiającego po wskazaniu okoliczności i udokumentowaniu zaproponowanych zmian. Każda zmiana umowy wymaga zgody Zamawiającego.
- 3.** Ewentualne aneksy oraz inne dokumenty związane z przedmiotem niniejszej umowy zostaną przesłane/odesłane Wykonawcy za zaliczeniem pocztowym, obejmującym koszty przesyłki lub odebrane w uzgodnieniu z Zamawiającym - przez kuriera zamówionego przez Wykonawcę i na koszt Wykonawcy. Nie dotyczy to sytuacji, gdy do zmiany treści umowy dochodzi z inicjatywy Zamawiającego.

§8

- 1.** W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy przez Wykonawcę, Wykonawca zobowiązuje się do zapłaty kary umownej na rzecz Zamawiającego w wysokości:
 - 1)** za opóźnienie w realizacji usługi w terminach wskazanych w Załączniku Nr 3 do umowy, o którym mowa w § 3 ust. 4 każdorazowo karę umowną w wysokości 0,3% wartości brutto usługi, która jest w opóźnieniu,
 - 2)** za niezrealizowanie usługi zgodnie z zamówieniem – karę w wysokości 0,3% wartości brutto od niezrealizowanej, a zamówionej usługi.

3) za odstąpienie od umowy z przyczyn niezależnych od Zamawiającego – 10% wartości brutto od niezrealizowanej części umowy.

2. Kara umowna płatna będzie w ciągu 7 dni od daty wystawienia Wykonawcy noty obciążeniowej obejmującej naliczoną karę umowną, przy czym Zamawiający ma prawo potrąceń kwoty kary umownej z bieżących faktur za wykonane usługi, wystawionych 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 całości umowy.

§9

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 jej zawarcia, w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

§10

1. Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym bez wypowiedzenia w przypadku:

1) gdy Wykonawca, pomimo trzykrotnego pisemnego wezwania, nadal nie wykonuje lub nienależyte wykonuje umowę,

2) otwarcia postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego wobec Wykonawcy,

3) wykreślenia Wykonawcy z właściwej ewidencji.

2. Wykonawca ma obowiązek niezwłocznie powiadomić pisemnie Zamawiającego o zaistnieniu okoliczności opisanych w ppkt. 2) i 3) ustępu 1.

3. W przypadku zmiany formy organizacyjno-prawnej Zamawiającego bądź jego reorganizacji, Zamawiający zastrzega sobie prawo rozwiązania niniejszej umowy, z zachowaniem 90-dniowego okresu wypowiedzenia, bez konieczności ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek skutków finansowych, zwłaszcza w zakresie roszczeń odszkodowawczych.

§11

Protokół koordynacyjny dla Wykonawców zewnętrznych wykonujących prace na terenie szpitala stanowiący Załącznik do niniejszej umowy.

§12

1. Wykonawca gwarantuje, że jakiegokolwiek 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 jakiegokolwiek 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.

2. 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.

3. W razie naruszenia obowiązku opisanego wyżej w ustępie 1 Wykonawca zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 10 % od wartości brutto zamówienia wskazanego w § 6 ust. 1 niniejszej umowy za każdy przypadek naruszenia wyżej wskazanego obowiązku, co nie narusza prawa Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.

4. W razie naruszenia obowiązku opisanego wyżej w ustępie 2, Wykonawca zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 10 % brutto od wartości zamówienia wskazanego w § 6 ust. 1 niniejszej umowy za każdy przypadek naruszenia wyżej wskazanego obowiązku, co nie narusza prawa Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.

5. 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 1 i 2 niniejszego paragrafu.

6. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową będą miały zastosowanie przepisy ustawy Prawo Zamówień Publicznych oraz Kodeksu Cywilnego.


7. Ewentualne spory wynikłe z umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

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

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO UMOWY

	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie Dokument Zintegrowanego Systemu Zarządzania	
	ZAL-105-000-001 Protokół koordynacyjny dla wykonawców zewnętrznych wykonujących prace na terenie Szpitala	Nr edycji: 1

W związku z wdrożeniem w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny Zintegrowanego Systemu Zarządzania (w tym ISO 9001, ISO 14001 oraz PN-N-18001) zobowiązuje się wykonawców zewnętrznych wykonujących prace na terenie Szpitala do stosowania poniższych zasad

1. Przed przystąpieniem do realizacji zadania wykonawca wyznacza osobę odpowiedzialną za przestrzeganie poniższych zobowiązań.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania wymagań funkcjonującego w Szpitalu Zintegrowanego Systemu Zarządzania, a w szczególności do:
 - 2.1. Przestrzegania przez podległe osoby ogólnych przepisów oraz zasad BHP i Ppoż.
 - 2.2. Organizacji stanowisk roboczych – zgodnie z ww. przepisami.
 - 2.3. Zapoznania się ze szczegółowymi instrukcjami wewnętrznymi BHP i Ppoż. oraz wysłuchanie niezbędnych wyjaśnień osoby nadzorującej.
 - 2.4. Przeprowadzenia uzupełniającego instruktażu stanowiskowego uwzględniającego wymogi instrukcji BHP i Ppoż.
 - 2.5. Zobowiązania osób bezpośrednio nadzorujących wykonawstwo do stosowania się do szczegółowych uwag i zaleceń otrzymywanych od osoby zlecającej wykonanie prac oraz od służby BHP.
 - 2.6. Właściwej gospodarki odpadami:
 - Prowadzenia segregacji odpadów w miejscu ich powstawania,
 - Gromadzenia wytworzonych odpadów w wyznaczonych, oznakowanych i zabezpieczonych miejscach,
 - usuwania odpadów z terenu przedsiębiorstwa,
 - uzgodnienia sposobu i miejsca tymczasowego gromadzenia i postępowania z odpadami niebezpiecznymi.
 - 2.7. Zabezpieczenia terenu przed skażeniem substancjami niebezpiecznymi.
 - 2.8. Zabezpieczenia terenu Szpitala przed niepożądanymi emisjami pyłów i gazów.
 - 2.9. Realizacji zadania w sposób najmniej uciążliwy dla środowiska w tym racjonalnego korzystania z wody, energii elektrycznej i innych surowców.
 - 2.10. Stosowania przy realizacji zadań sprzętu sprawnego technicznie:
 - bez wycieków oleju,
 - spełniającego wymogi BHP i prawa o ruchu drogowym.
 - 2.11. W przypadku zaistniałej awarii natychmiast powiadomić służby BHP, w celu podjęcia wspólnych działań naprawczych - jeżeli nastąpi niekontrolowany wyciek oleju należy zastosować skuteczny sorbent, zebrać warstwę skażoną i przetransportować do utylizacji.
 - 2.12. Utrzymania porządku w obszarze swojej działalności.
 - 2.13. Uporządkowania terenu po zakończeniu przedsięwzięcia.
3. Kierownictwo przedsiębiorstwa, któremu Szpital zlecił wykonanie prac na swoim terenie odpowiada w całości za prewencję BHP i Ppoż. oraz postępowanie powypadkowe dotyczące swoich pracowników.
4. Kierownictwo wymienione w punkcie 3 zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania również służb BHP o zaistniałym wypadku / zdarzeniu potencjalnie wypadkowym z udziałem swoich pracowników.
5. Szpital zastrzega sobie prawo kontroli realizacji powyższych zobowiązań przez swoich przedstawicieli.
6. Wykonawcy prac zobowiązują się do natychmiastowego usunięcia z terenu organizacji osób, wskazanych przez Kierownictwo Szpitala.