

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: DAZ.26.092.2015

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

zwana dalej (SIWZ)

NA

**ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI
PANNY W CZĘSTOCHOWIE**

**w trybie
przetargu nieograniczonego**

o wartości nie przekraczającej kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie
art. 11 ust. 8 [ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych](#)
(Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.)

**UWAGA: PRZED PRZYGOTOWANIEM OFERTY PROSZĘ DOKŁADNIE ZAPOZNAĆ SIĘ Z
NINIEJSZĄ SIWZ.**

§ 1. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny

ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa

nr tel. 34/ 367-36-74, nr fax 34/ 367-36-74,

strona internetowa: www.szpitalparkitka.com.pl, e-mail: szp@data.pl.

NIP: 573-22-99-604

§ 2. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

1. Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zm.).
2. Użyte w treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:
 - 1) pojęcie „ustawy” dotyczy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.);
 - 2) pojęcie „SIWZ” dotyczy niniejszej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

§ 3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem zamówienia jest: **ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE.**
2. Zakup realizowany jest w ramach dotacji celowej przeznaczonej na dofinansowanie zadania inwestycyjnego pn: **ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE.**
3. Zamówienie zostało podzielone na 11 części:

Część Nr 1

Aparat do znieczulania dla potrzeb Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii–1 sztuka,

Część Nr 2

Aparat EKG – 5 sztuk,

Oddział Chorób Płuc – 1 szt.,

Szpitalny Oddział Ratunkowy – 1 szt.,

Oddział Neurochirurgii z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo – Twarzowej – 1 szt.,

Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego – Hutniczy – 1 szt.,

Pracownia Badań Nieinwazyjnych – 1 szt.,

Część Nr 3

Aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – 1 sztuka,

Część Nr 4

Pulsoksymetr dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – 2 sztuki,

Część Nr 5

Łóżko intensywnej opieki – 15 sztuk,

Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej – 2 szt.,

Oddział Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii – 2 szt.,

Oddział Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej – 2 szt.,

Oddział Pediatryczny – 2 szt.,

Oddział Neurologii – 3 szt.,

Oddział Chorób Wewnętrznych – 2 szt.,

Oddział Otolaryngologii – 2 szt.,

Część Nr 6

Diatermia dla potrzeb Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej – 1 szt.,

Część Nr 7

Aparat do krioterapii dla potrzeb Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej – 1 szt.,

Część Nr 8

Soczewka VOLKA dla potrzeb Poradni Okulistyki – 1 szt.,

Część Nr 9

Trójlustro Goldmanna dla potrzeb Poradni Okulistyki – 1 szt.,

Część Nr 10

Videodermatoskop dla potrzeb Poradni Chirurgii Onkologicznej – 1 szt.,

Część Nr 11

Mikroskop optyczny dla potrzeb Poradni Dermatologicznej – 1 szt.

4. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera **Załącznik Nr 5 do SIWZ**. Pozostałe warunki dotyczące realizacji zamówienia zostały określone we wzorze umowy stanowiącej **Załącznik Nr 8 do SIWZ**.
5. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Pod pojęciem oferty częściowej rozumie się pojedyncze części ustalone w **Załączniku Nr 2 do SIWZ**. Wykonawca może złożyć ofertę na dowolną Część lub na cały przedmiot zamówienia.
6. Zamawiający dopuszcza składanie ofert równoważnych w danym asortymencie. Ilekroć w niniejszej treści SIWZ, w zakresie dotyczącym opisu przedmiotu, jest mowa o znaku towarowym, patencie lub pochodzeniu, przyjmuje się, że wskazaniu takiemu towarzyszy wyraz: „lub równoważne”. Za asortyment równoważny Zamawiający uzna ten, który posiada te same lub lepsze od opisanych w SIWZ parametry techniczne i jakościowe, a jego zastosowanie w żaden sposób nie wpłynie na prawidłowe funkcjonowanie asortymentu zgodnie z przeznaczeniem medycznym.
7. **Kod Wspólnego Słownika Zamówień (CPV): 33100000-1.**

§ 4 TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Zamawiający ustala następujący termin wykonania zamówienia: **do 6 tygodni** od dnia zawarcia umowy.

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

1. Zgodnie z treścią art. 22 ust. 1 ustawy o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące:
 - 1) **Posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania:**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku:
Zamawiający nie stawia w tym zakresie wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Zamawiający dokona oceny na podstawie złożonego oświadczenia Wykonawcy w trybie art. 22 ust. 1 ustawy.
 - 2) **Posiadania wiedzy i doświadczenia:**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku:
Zamawiający nie stawia w tym zakresie wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Zamawiający dokona oceny na podstawie złożonego oświadczenia Wykonawcy w trybie art. 22 ust. 1 ustawy.
 - 3) **Dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku:
Zamawiający nie stawia w tym zakresie wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Zamawiający dokona oceny na podstawie złożonego oświadczenia Wykonawcy w trybie art. 22 ust. 1 ustawy.
 - 4) **Sytuacji ekonomicznej i finansowej:**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku:
Zamawiający nie stawia w tym zakresie wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Zamawiający dokona oceny na podstawie złożonego oświadczenia Wykonawcy w trybie art. 22 ust. 1 ustawy.

2. Zgodnie z art. 26 ust. 2b ustawy Wykonawca może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia, zdolnościach finansowych lub ekonomicznych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował tymi zasobami w trakcie realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia. [Ww. zobowiązanie musi zostać załączone do oferty przetargowej w oryginale.](#)
3. Podmiot, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów zgodnie z art. 26 ust. 2b, odpowiada solidarnie z wykonawcą za szkodę zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów, chyba że za nieudostępnienie zasobów nie ponosi winy.
4. W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają warunek udziału w postępowaniu dotyczący braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy.
5. W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają warunek udziału w postępowaniu dotyczący braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy.
6. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, każdy z warunków określonych w § 5 ust. 1 pkt. 1-4 winien spełniać co najmniej jeden z tych Wykonawców albo wszyscy ci Wykonawcy wspólnie.
Warunek określony w § 5 ust. 4 i 5 powinien spełniać każdy z Wykonawców samodzielnie.

§ 6. OŚWIADCZENIA I DOKUMENTY, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

1. **Dla wykazania spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu opisanych w SIWZ Wykonawca ma obowiązek złożyć:**
 - 1) Wypełnione i podpisane oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, stanowiące [Załącznik Nr 3 do SIWZ](#) (oryginał). W przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia powyższe oświadczenie powinno być złożone w imieniu wszystkich Wykonawców.
 2. **Dla wykazania braku podstaw do wykluczenia z powodu niespełnienia warunków wymienionych w art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych Wykonawca jest obowiązany dołączyć do oferty następujące dokumenty i oświadczenia:**
 - 1) Oświadczenie Wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia, zgodnie ze wzorem oświadczenia stanowiącym [Załącznik Nr 4 do SIWZ](#). Jeżeli Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia, dokument ten składa każdy z nich.
 - 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. Jeżeli Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia, dokument ten składa każdy z nich.
 - 3) Listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz. U. 2015 r. poz. 184) **albo** informację o tym, że nie należy do grupy kapitałowej, według [Załącznika Nr 7 SIWZ](#) (oryginał). Jeżeli Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia, dokument ten składa każdy z nich.
3. **Wymagania dotyczące dokumentów, określonych w § 6 ust. 1 i ust. 2 SIWZ.**
 - 1) Dokumenty, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt. 1 oraz ust. 2 pkt. 3 należy przedstawić w formie oryginału. Dokument o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt. 1 i 2 należy przedstawić w formie oryginału lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy.
 - 2) Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz tłumaczeniem na język polski.

4. **Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:**
- 1) zamiast dokumentów wymienionych w § 6 ust. 2 pkt. 2 SIWZ składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsca zamieszkania, potwierdzające, że:
 - a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości;
 - 2) dokument, o których mowa w ust. 4 pkt. 1 lit. a powinien być wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 - 3) Jeżeli w kraju miejsca zamieszkania osoby lub w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentu, wymienionego w ust. 4 pkt. 1 lit. a SIWZ, 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, wystawionym z odpowiednią datą wymaganą dla tego dokumentu.
5. **W przypadku składania oferty wspólnej przez kilku przedsiębiorców (tzw. konsorcjum) lub przez spółkę cywilną,** każdy ze wspólników konsorcjum lub spółki cywilnej musi złożyć dokumenty wymienione w w § 6 ust. 2 pkt. 1 –3 niniejszej specyfikacji (lub § 6 ust. 4 niniejszej specyfikacji - jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej). 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, określoną w art. 366 Kodeksu Cywilnego.
6. **W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego, należy załączyć do oferty:**
- 1) Opisy np. katalogi/foldery/prospekty/informacje producenta zawierające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia, potwierdzające spełnianie parametrów technicznych zawartych w Załączniku Nr 5 do SIWZ. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski.
 - 2) Oświadczenie Wykonawcy, o treści zgodnej z **Załącznikiem Nr 6 do SIWZ.**
7. **Pozostałe wymagane dokumenty:**
- 1) Wypełniony i podpisany przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy:
 - a) Formularz oferty – **Załącznik Nr 1 do SIWZ,**
 - b) Formularz asortymentowo-cenowy - **Załącznik Nr 2 do SIWZ** (Wykonawca składa te załączniki na które składana jest oferta),
 - c) Tabela parametrów technicznych – **Załącznik Nr 5 do SIWZ** (Wykonawca składa te załączniki na które składana jest oferta),

§ 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 jest prowadzone w języku polskim.
2. W postępowaniu o udzielenie zamówienia oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują **faksem** na nr **(34) 367-36-74** **lub drogą elektroniczną** na adres: szp@data.pl z zastrzeżeniem ust. 3. Zawsze dopuszczalna jest forma pisemna przekazywania oświadczeń, wniosków, informacji lub dokumentów. W przypadku wniesienia pytań o wyjaśnienie treści SIWZ (faksem, pocztą)

Zamawiający prosi o przesłanie treści tych dokumentów e-mailem na adres: szp@data.pl w celu ułatwienia i przyspieszenia odpowiedzi oraz zamieszczenia ich na stronie internetowej.

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/informacji o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy, pełnomocnictwa oraz uzupełnień, złożonych na wezwanie Zamawiającego.
4. Jeżeli Zamawiający lub Wykonawca przekazują oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje faksem lub drogą elektroniczną każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
5. **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: (34) 367-36-74.**

Przesłanie korespondencji na inny adres lub numer faksu czy poczty elektronicznej niż zostało to określone powyżej może skutkować tym, że Zamawiający nie będzie mógł zapoznać się z treścią przekazanej informacji we właściwym terminie.
6. **W sprawie opisu przedmiotu zamówienia** należy kontaktować się z:
p. Jacek Mirski - tel. 34 367 31 20, Dział Aparatury Medycznej i Teletechniki .
godz. 7.00-14.35.
7. **W sprawie procedury przetargowej** należy kontaktować się z:
p. Monika Skoczylas – Dział Zamówień Publicznych
tel. i faks: (34) 367-36-74, godz. 7.00-14.35.

§ 8. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ TREŚCI SIWZ:

1. Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia udostępniona jest na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl, od dnia zamieszczenia ogłoszenia o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych do upływu terminu składania ofert.
2. Wykonawcy mogą zwrócić się z wnioskiem do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ 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. Wyjaśnienia treści specyfikacji oraz jej ewentualne zmiany będą dokonywane zgodnie z art. 38 ustawy Prawo zamówień publicznych. 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. **Pozostali Wykonawcy winni zapoznać się z treścią wyjaśnień do SIWZ zamieszczoną na stronie internetowej Zamawiającego www.szpitalparkitka.com.pl.**
5. Zamawiający nie przewiduje zwołań 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:

Zamawiający nie wymaga złożenia wadium.

§ 10. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:

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

§ 11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT:

1. Oferta musi być sporządzona z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. **Oferta wraz z załącznikami musi być czytelna.**
3. Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Upoważnienie do podpisania oferty musi być dołączone do oferty, jeżeli nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę.
4. Jeżeli osoba/osoby podpisująca ofertę działa na podstawie pełnomocnictwa, to pełnomocnictwo to musi w swej treści jednoznacznie wskazywać uprawnienie do podpisania oferty. Pełnomocnictwo to musi zostać dołączone do oferty i musi być złożone w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem (kopia pełnomocnictwa powinna być poświadczona notarialnie).
5. Oferta wraz z załącznikami musi być sporządzona w języku polskim. Każdy dokument składający się na ofertę sporządzony w innym języku niż język polski winien być złożony wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez Wykonawcę. W razie wątpliwości uznaje się, iż wersja polskojęzyczna jest wersją wiążącą.
6. Dokumenty składające się na ofertę muszą być złożone w oryginale lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
7. Zaleca się, by każda zawierająca jakąkolwiek treść strona oferty była podpisana lub parafowana przez Wykonawcę. Każda poprawka w treści oferty, a w szczególności każde przerobienie, przekreślenie, uzupełnienie, nadpisanie, przesłonięcie korektorem, etc powinny być parafowane przez Wykonawcę.
8. Zaleca się, aby strony oferty były trwale ze sobą połączone i kolejno ponumerowane. W treści oferty winna być umieszczona informacja o ilości stron.
9. Zaleca się przy sporządzaniu oferty skorzystanie z wzorów (oferty, oświadczeń, wykazów, zobowiązania) przygotowanych przez Zamawiającego. Wykonawca może przedstawić ofertę na swoich formularzach z zastrzeżeniem, że muszą one zawierać wszystkie informacje określone przez Zamawiającego w przygotowanych wzorach.
10. **Informacje niejawne:** Zamawiający nie ujawni informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, **jeżeli Wykonawca** nie później niż w terminie składania ofert, **zastrzegł**, że nie mogą być one udostępniane **oraz wykazał**, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy. Jeżeli Wykonawca dokonał zastrzeżenia części swojej oferty, winien on w takim przypadku udowodnić Zamawiającemu zasadność swojego postępowania i w tym celu załączyć do oferty **uzasadnienie zastrzeżenia oferty.**
11. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
12. Złożenie więcej niż jednej oferty lub złożenie oferty zawierającej propozycje alternatywne spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez Wykonawcę.
13. Wykonawca winien umieścić ofertę wraz z załącznikami w zamkniętej kopercie zaadresowanej na Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa. Na kopercie należy umieścić nazwę, adres Wykonawcy oraz napis:
„Postępowanie Nr DAZ.26.092.2015. Oferta przetargowa na ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE”. Proszę nie otwierać przed dniem ... 2015 r. godz.
(wpisuje Wykonawca).

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

14. Zmiany lub wycofanie złożonej oferty.

Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę. Zmiany lub wycofanie złożonej oferty są skuteczne tylko wówczas, gdy zostały dokonane przed upływem terminu do składania ofert.

1) Zmiana złożonej oferty.

Zmiany, poprawki lub modyfikacje złożonej oferty muszą być złożone w miejscu i według zasad obowiązujących przy składaniu oferty. Odpowiednio opisane koperty (paczki) zawierające zmiany należy dodatkowo opatrzyć dopiskiem „ZMIANA”. W przypadku złożenia kilku „ZMIAN”, kopertę (paczkę) każdej „ZMIANY” należy dodatkowo opatrzyć napisem „ZMIANA Nr”.

2) Wycofanie złożonej oferty.

Wycofanie złożonej oferty następuje poprzez złożenie pisemnego oświadczenia podpisanego przez Wykonawcę. W celu potwierdzenia uprawnienia osób do złożenia oświadczenia o wycofaniu oferty, do oświadczenia należy załączyć odpowiednie dokumenty (np. aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej i jeśli to konieczne- pełnomocnictwo). Wycofanie należy złożyć w miejscu i według zasad obowiązujących przy składaniu ofert. Odpowiednio opisaną kopertę (paczkę) zawierającą powiadomienie należy dodatkowo opatrzyć dopiskiem „WYCOFANIE”.

15. W przypadku załączenia do oferty innych materiałów niż wymagane przez Zamawiającego (np. materiałów reklamowych, informacyjnych) požądane jest, aby stanowiły one odrębną część nie załączoną z ofertą w sposób trwały. Materiały takie nie będą podlegały ocenie przez Zamawiającego.

§ 12. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:

1. Ofertę należy złożyć w KANCELARII Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, pokój 356 (II piętro).
2. **Termin składania ofert upływa w dniu 02.10.2015 r. o godz. 10:00**
3. Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie składania ofert zostanie niezwłocznie zwrócona Wykonawcy.

§ 13. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT:

1. Otwarcie ofert nastąpi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa w pokoju 310 (II piętro) w dniu **02.10.2015 o godz. 10:15**
2. Otwarcie ofert jest jawne. Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
3. Podczas otwarcia ofert zostaną podane nazwy oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności przedstawionych w ofertach. Informacje te zostaną przekazane Wykonawcom, którzy byli nieobecni przy otwarciu ofert, na ich wniosek.

§ 14. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY:

1. Wykonawca w przedstawionej ofercie winien zaoferować cenę kompletną, jednoznaczną i ostateczną.
2. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty wszystkie przewidziane koszty realizacji zamówienia, które mają wpływ na cenę oferty.
3. Cena oferty winna być wartością wyrażoną w jednostkach pieniężnych, w walucie polskiej, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zgodnie z obowiązującą ustawą o cenach i obliczona zgodnie z konstrukcją formularza oferty i formularzy asortymentowo-cenowych, stanowiących załącznik do niniejszej specyfikacji z uwzględnieniem podatku VAT naliczonego zgodnie z obowiązującymi w terminie składania oferty przepisami.
4. Sposób obliczenia ceny został określony w formularzach asortymentowo-cenowych, stanowiących Załącznik Nr 2 do SIWZ.
5. Błąd w obliczeniu ceny spowoduje odrzucenie oferty z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.

6. Rozliczenia między Zamawiającym a przyszłym Wykonawcą zamówienia odbywać się będą w złotych polskich. Zamawiający nie przewiduje rozliczeń w walutach obcych.
7. Zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy PZP, jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca składając ofertę informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując, nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.
8. Jeżeli cena oferty wydawać się będzie rażąco niska w stosunku do wartości przedmiotu zamówienia i będzie budzić wątpliwości Zamawiającego co do możliwości wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego lub wynikającymi z odrębnych przepisów, w szczególności będzie niższa o 30% od wartości zamówienia lub średniej arytmetycznej cen wszystkich złożonych ofert, Zamawiając zwróci się o udzielenie wyjaśnień, w tym złożenia dowodów, dotyczących elementów oferty mających wpływ na wysokość ceny, w szczególności w zakresie:
 - a) oszczędności metody wykonania zamówienia, wybranych rozwiązań technicznych, wyjątkowo sprzyjających warunków wykonywania zamówienia dostępnych dla Wykonawcy, oryginalności projektu Wykonawcy, kosztów pracy, których wartość przyjęta do ustalenia ceny nie może być niższa od minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. nr 200, poz. 1679, z późn. zm.),
 - b) pomocy publicznej udzielonej na podstawie odrębnych przepisów.
 Dalsze postępowanie Zamawiającego zgodnie z treścią art. 90 ustawy Prawo zamówień publicznych.

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

1. Wszystkie oferty niepodlegające odrzuceniu oceniane będą na podstawie następującego kryterium:

Część Nr 1

| Lp. | Nazwa kryterium | Waga% |
|-----|----------------------|-------|
| 1. | Cena oferty | 90% |
| 2. | Parametry techniczne | 10% |

Część Nr 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

| Lp. | Nazwa kryterium | Waga% |
|-----|------------------------------|-------|
| 1. | Cena oferty | 90% |
| 2. | Okres gwarancji w miesiącach | 10% |

2. Opis sposobu oceny ofert :

1) cena brutto - 90%.

- a) oferta najtańsza spośród ofert nieodrzuconych otrzyma 90 punktów, pozostałe proporcjonalnie mniej, według wzoru:

$$\text{LICZBA PUNKTÓW} = \frac{\text{najniższa cena spośród ofert nieodrzuconych}}{\text{cena oferty rozpatrywanej}} \times 90 \text{ pkt}$$

2) Okres gwarancji w miesiącach - 10%.

Część Nr 2, Część Nr 3, Część Nr 4, Część Nr 6, Część Nr 7, Część Nr 10

- a) punkty za okres gwarancji w miesiącach uzyskane przez badaną ofertę zostaną ustalone na podstawie wypełnionego przez Wykonawcę Załącznika Nr 5 do SIWZ,

- b) Zamawiający wymaga co najmniej 36 miesięcznej gwarancji licząc od dnia **dostawy** przedmiotu zamówienia potwierdzonej protokołem zdawczo odbiorczym podpisanym przez obie strony,
- c) Wykonawca który zaoferuje okres gwarancji od 36 miesiące do 47 miesięcy otrzyma 0 pkt,
- d) zadeklarowanie okresu gwarancji równego lub dłuższego niż 48 miesięcy będzie skutkowało przyznaniem maksymalnej liczby punktów (tj. 10pkt) w ramach niniejszego kryterium,
- e) zadeklarowanie okresu gwarancji niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego okresu gwarancji będzie skutkowało odrzuceniem oferty;

Część Nr 5

- a) punkty za okres gwarancji w miesiącach uzyskane przez badaną ofertę zostaną ustalone na podstawie wypełnionego przez Wykonawcę Załącznika Nr 5 do SIWZ,
- b) Zamawiający wymaga co najmniej **24 miesięcznego** okresu gwarancji licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia potwierdzonej protokołem zdawczo odbiorczym podpisanym przez obie strony,
- c) Wykonawca który zaoferuje okres gwarancji od 24 miesięcy do 35 miesięcy otrzyma 0 pkt;
- d) zadeklarowanie okresu gwarancji równego lub dłuższego niż 36 miesięcy ale mniejszego niż 48 miesięcy będzie skutkowało przyznaniem 5 punktów w ramach niniejszego kryterium,
- e) zadeklarowanie okresu gwarancji równego lub dłuższego niż 48 miesięcy będzie skutkowało przyznaniem maksymalnej liczby punktów (tj. 10pkt) w ramach niniejszego kryterium.
- f) zadeklarowanie okresu gwarancji niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego okresu gwarancji będzie skutkowało odrzuceniem oferty

Część Nr 8, Część Nr 9, Część Nr 11

- a) punkty za okres gwarancji w miesiącach uzyskane przez badaną ofertę zostaną ustalone na podstawie wypełnionego przez Wykonawcę [Załącznika Nr 5 do SIWZ](#),
- b) Zamawiający wymaga co najmniej 24 miesięcznej gwarancji licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia potwierdzonej protokołem zdawczo odbiorczym podpisanym przez obie strony,
- c) Wykonawca który zaoferuje okres gwarancji od 24 miesiące do 35 miesięcy otrzyma 0 pkt,
- d) zadeklarowanie okresu gwarancji równego lub dłuższego niż 36 miesięcy będzie skutkowało przyznaniem maksymalnej liczby punktów (tj.10pkt) w ramach niniejszego kryterium,
- e) Zadeklarowanie okresu gwarancji niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego okresu gwarancji będzie skutkowało odrzuceniem oferty

3) parametry techniczne - 10%.

Część Nr 1

- a) punkty za ocenę techniczną uzyskane przez badaną ofertę zostaną ustalone na podstawie wypełnionego przez Wykonawcę [Załącznika Nr 5 do SIWZ](#),
- b) Wykonawca może uzyskać 0 lub 10 punktów w kryterium „parametry techniczne”,
- c) maksymalna liczba punktów za kryterium „parametry techniczne” to 10;

- 4)** Ocena końcowa oferty to suma uzyskanych punktów w kryteriach, o których mowa w pkt 1. Wykonawca maksymalnie może uzyskać 100 pkt. Zamawiający za najkorzystniejszą uzna ofertę, która nie podlega odrzuceniu oraz uzyska największą liczbę punktów przyznanych w ramach kryteriów określonych w pkt 2.

§ 16. UDZIELENIE ZAMÓWIENIA:

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w ustawie oraz w niniejszej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia 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 (zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty) 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 **5 dni** od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze oferty faksem. 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.
5. Zamawiający może zawrzeć umowę w sprawie zamówienia publicznego przed upływem 5 -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:

1. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza przekaże Zamawiającemu informacje dotyczące osób podpisujących umowę oraz osób upoważnionych do kontaktów w związku z realizacją umowy.
2. W przypadku, gdy zostanie wybrana jako najkorzystniejsza oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Wykonawca przed podpisaniem umowy, na wezwanie Zamawiającego powinien przedłożyć umowę regulującą współpracę Wykonawców.
3. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, będzie uchylał się od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzenia ich ponownego badania i oceny, chyba, że zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania, o którym mowa w art. 93 ust. 1 ustawy PZP.
4. Nieusprawiedliwione niestawienie się Wykonawcy w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie traktować się będzie jako nieprzystąpienie do zawarcia umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

§ 18. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY:
Zamawiający nie będzie wymagał zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

§ 19. OGÓLNE WARUNKI UMOWY ALBO WZÓR UMOWY, JEŻELI ZAMAWIAJĄCY WYMAGA OD WYKONAWCY, ABY ZAWARŁ Z NIM UMOWĘ W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO NA TAKICH WARUNKACH:

1. Z Wykonawcą/-ami, który/-rzy złoży/-ą najkorzystniejszą ofertę, zostanie podpisana umowa, której wzór stanowi [Załącznik Nr 8 do SIWZ](#). 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.
2. Umowa z wybranym Wykonawcą zostanie podpisana z zachowaniem terminów określonych w art. 94 ustawy PZP.

§ 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”. Zgodnie z art. 180 ust. 2 odwołanie przysługuje wyłącznie wobec czynności:
 - a) opisu sposobu dokonywania oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu;
 - b) wykluczenia odwołującego z postępowania o udzielenie zamówienia;
 - c) odrzucenia oferty odwołującego.
2. W odniesieniu do odwołań zastosowanie mają także następujące przepisy wykonawcze do ustawy Prawo zamówień publicznych, tj. :

- a) Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie regulaminu postępowania przy rozpoznawaniu odwołań (tekst jedn. Dz. U. 2014 r. poz. 964);
- b) 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. INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA:

1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.
2. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
3. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających.
4. Zamawiający nie przewiduje dokonania wyboru oferty najkorzystniejszej z zastosowaniem aukcji elektronicznej.
5. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
6. Adres poczty oraz strony internetowej Zamawiającego znajduje się w § 1 niniejszej specyfikacji.
7. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a przyszłym Wykonawcą zamówienia odbywać się będą w złotych polskich. Zamawiający nie przewiduje rozliczeń w walutach obcych.
8. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
9. Zamawiający nie przewiduje określenia w opisie przedmiotu zamówienia wymagań związanych z realizacją zamówienia, o których mowa w art. 29 ust. 4 ustawy.
10. W przypadku powierzenia realizacji zamówienia podwykonawcom, Wykonawca zobowiązany jest do wskazania w ofercie tej części zamówienia, której realizację powierzy podwykonawcy. W przypadku braku takiego oświadczenia Zamawiający uzna iż Wykonawca będzie realizował zamówienie bez udziału podwykonawcy.

§ 22. POSTANOWIENIA KOŃCOWE:

1. W sprawach nieuregulowanych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia mają zastosowanie przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych.
2. W sprawach nieuregulowanych w ustawie Prawo zamówień publicznych, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 121 ze zm.).

§ 23. ZAŁĄCZNIKAMI DO SIWZ:

- Zał. Nr 1 - FORMULARZ OFERTY.
- Zał. Nr 2 - Formularz asortymentowo-cenowy
- Zał. Nr 3 - Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.
- Zał. Nr 4 - Oświadczenie braku podstaw do wykluczenia.
- Zał. Nr 5 - Tabela parametrów technicznych
- Zał. Nr 6 - Oświadczenie Wykonawcy
- Zał. Nr 7 - Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej/informacja o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej.
- Zał. Nr 8 - Wzór umowy

Częstochowa, dnia 22.09.2015 r.

ZATWIERDZAM
Specyfikację Istotnych Warunków Zamówienia:

DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE
LEK. MED. BARBARA MAGNUSZEWSKA - PANKIEWICZ

.....
Podpis Kierownika Zamawiającego

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców (w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia):

.....

Adres*:

REGON*:

NIP*:

.....
*numer telefonu wraz z numerem kierunkowym**

.....
*numer faksu wraz z numerem kierunkowym na który Zamawiający ma przysłać korespondencję **

.....
*adres e-mail Wykonawcy na który Zamawiający ma przysłać korespondencję**

FORMULARZ OFERTY

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

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu na „**ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**”, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę.

1. Oferujemy dostawy będące przedmiotem niniejszego zamówienia za cenę:

| Część Nr | Cena brutto /PLN/ | słownie |
|-------------|----------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

- Przyjmujemy termin wykonania zamówienia – **do 6-ciu tygodni** od dnia zawarcia umowy.
- Przyjmujemy termin płatności – **do 60 dni**, od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.
- Oświadczamy, że powyższe ceny brutto zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
- Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
- Zgodnie z art. 36a ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, informujemy, że:**
**zamierzamy powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:
a)

- b)
- c)

** nie zamierzamy powierzyć podwykonawcom wykonania części zamówienia

9. Ofertę niniejszą składamy na stronach.

10. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

11. **Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy kierować do:**

Imię i nazwisko

Adres:

Telefon:, faks:..... e-mail

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

* w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące Pełnomocnika Wykonawcy

**/niepotrzebne skreślić

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 1 - Aparat do znieczulania dla potrzeb Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|--|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Aparat do znieczulania dla potrzeb Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii | szt. | 1 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 2 - Aparat EKG

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|---|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Aparat EKG W tym: Oddział Chorób Płuc – 1 szt., Szpitalny Oddział Ratunkowy – 1 szt., Oddział Neurochirurgii z Pododdziałem Chirurgii Szczękowo – Twarzowej – 1 szt., Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego– Hutniczy – 1 szt., Pracownia Badań Nieinwazyjnych – 1 szt. | szt. | 5 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczętka/pieczętki

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 3 - Aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|--|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego | szt. | 1 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 4 - Pulsoksymetr dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|---|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Pulsoksymetr dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego | szt. | 2 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 5 - Łóżko intensywnej opieki

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|--|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Łóżko intensywnej opieki W tym: Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej – 2 szt. Oddział Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii – 2 szt. Oddział Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej – 2 szt. Oddział Pediatryczny – 2 szt. Oddział Neurologii – 3 szt. Oddział Chorób Wewnętrznych – 2 szt. Oddział Otolaryngologii – 2 szt. | szt. | 15 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczętka/pieczętki

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 6 - Diatermia dla potrzeb Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|--|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Diatermia dla potrzeb Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej | szt. | 1 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 7 - Aparat do krioterapii dla potrzeb Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|--|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Aparat do krioterapii dla potrzeb Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej | szt. | 1 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczęć/pieczętki*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 8 - Soczewka VOLKA dla potrzeb Poradni Okulistyki

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|---|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Soczewka VOLKA dla potrzeb Poradni Okulistyki | szt. | 1 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 9 - Trójlustro Goldmanna dla potrzeb Poradni Okulistyki

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|---|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Trójlustro Goldmanna dla potrzeb Poradni Okulistyki | szt. | 1 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 10 - Videodermatoskop dla potrzeb Poradni Chirurgii Onkologicznej

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|--|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Videodermatoskop dla potrzeb Poradni Chirurgii Onkologicznej | szt. | 1 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczęć/pieczętki*

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

CZĘŚĆ 11 - Mikroskop optyczny dla potrzeb Poradni Dermatologicznej

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto (zł) (poz.4 x 5) | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT (zł) (poz. 6 x 7) | Wartość brutto (zł) (poz. 6+8) | Nazwa handlowa | Producent |
|----------------|---|-------------|-------|------------------|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Mikroskop optyczny dla potrzeb Poradni Dermatologicznej | szt. | 1 | | | | | | | |
| Razem.: | | | | | | | | | | |

----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

.....

.....

.....

.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

.....

.....

.....

.....

(nazwa i adres Zamawiającego)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego,

w imieniu Wykonawcy wskazanego powyżej 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 oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

....., dnia 2015 r.

.....

*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

* niepotrzebne skreślić.

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

.....
.....
.....
.....
(nazwa i adres Zamawiającego)

OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego,

w imieniu Wykonawcy wskazanego powyżej oświadczam/-y*, że na dzień składania ofert nie podlegam/-y* wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie przepisów art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.).

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Aparat do znieczulania dla potrzeb Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - Część Nr 1**

Ilość: **1 sztuka**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|-----|--|---|--|
| 1. | Wymiary zewnętrzne (wys. x szer. x gł.) (cm) | TAK Podać | |
| 2. | Masa (kg) | TAK Podać | |
| 3. | zasilanie dostosowane do 230 V 50 Hz | Tak | |
| 4. | Wyposażony w blat do pisania i dwie szuflady na akcesoria | Tak | |
| 5. | Uchwyt do zapasowej butli tlenowej i podtlenu azotu na tylnej ścianie aparatu | Tak | |
| 6. | Wbudowane fabrycznie gniazda elektryczne 230 V (minimum 4 gniazda) na tylnej ścianie aparatu w tym jedno gniazdo typu 2A do podłączenia parownika na Desfluran | Tak | |
| 7. | Aparat wyposażony w hamulec centralny. | Tak | |
| 8. | Możliwość awaryjnego zasilanie gazowego z butli (N2O, O2) – 1 butla 10 litrów na N2O oraz 1 butla 10 litrów na O2. | Tak | |
| 9. | Awaryjne zasilanie elektryczne aparatu na minimum 60 minut w warunkach standardowych | Zasilanie awaryjne do 60 min = 0 pkt powyżej 60 min = 10 pkt | |
| 10. | Wbudowane reduktory do butli O2 i N2O ze złączami, wyposażone w przyłącze do aparatu | TAK | |
| 11. | Odczyt zasilania gazowego z sieci centralnej oraz zasilania awaryjnego z fabrycznie wbudowanych manometrów. | TAK | |
| 12. | Ssak iniektorowy z regulacją siły ssania i zbiornikiem na wydzieliny o pojemności min. 0,8 l oraz minimum 10 zapasowymi wymiennym wkładami. | TAK | |
| 13. | Aktywne uchwyty do zamocowania dwóch parowników jednocześnie. Typ Selectatec. | TAK | |
| 14. | Blokada uniemożliwiająca jednoczesną podaż dwóch środków wziewnych jednocześnie | TAK | |

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|---------------------------------|---|---|---|
| System dystrybucji gazów | | | |
| 15. | Precyzyjne mechaniczne, rotametryczne, podwójne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza. Pomiar elektroniczny przepływu poszczególnych gazów l/min. i ich wyświetlanie. | TAK | |
| 16. | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej na poziomie 24% +/- 2% | TAK | |
| 17. | Przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi i minimalnymi przepływami | TAK | |
| Układ oddechowy | | | |
| 18. | Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności | TAK | |
| 19. | Układ oddechowy o prostej budowie, łatwy do wymiany i sterylizacji pozbawiony lateksu o całkowitej pojemności nie większej niż 2,7 litra. (Potwierdzenie pojemności w materiałach firmowych) | Tak | |
| 20. | Przystosowany do prowadzenia znieczulenia w systemach półotwartym i półzamkniętym | Tak | |
| 21. | Obejście tlenowe o dużej wydajności min 45 l/min. | Tak | |
| 22. | Pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max 1, 3 l. | Tak | |
| 23. | Eliminacja gazów poanestetycznych poza salę operacyjną | Tak | |
| Respirator anestetyczny | | | |
| Tryby wentylacji | | | |
| 24. | Możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej | Tak | |
| 25. | Oddech spontaniczny | Tak | |
| 26. | Tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny | Tak | |
| 27. | Tryb wentylacji objętościowo zmienny | Tak | |
| 28. | SIMV – synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona | Tak | |
| 29. | Precyzyjny wyzwalacz przepływowy z precyzyjną regulacją czułości od 0, 2 L/min | Tak | |
| 30. | Tak | | |
| 31. | Tryb wentylacji ciśnieniowej z gwarantowaną objętością | Tak | |
| 32. | Minimalny zakres PEEP minimum od 4 do 25 cm H2O | Tak Podać zakres | |
| Regulacje | | | |
| 33. | Regulacja stosunku wdechu do wydechu – minimum 2: 1 do 1: 5 | Tak Podać zakres | |
| 34. | Regulacja częstości oddechu minimum od 4 do 100 /min wentylacja objętościowa i ciśnieniowa | Tak Podać zakres | |
| 35. | Zakres objętości oddechowej minimum od 20 do 1400 ml wentylacja objętościowa | Tak Podać zakres | |
| 36. | Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum: od 5 do 60 cm H2O | Tak Podać zakres | |
| 37. | Regulowana płynnie lub skokowo pauza wdechowa w zakresie minimum 5-60 % | Tak | |
| Alarmy | | | |
| 38. | Niskiej pojemności minutowej MV i oddechowej TV | Tak | |
| 39. | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego | Tak | |
| 40. | Alarm braku zasilania w energię elektryczną | Tak | |

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|--|--|---|---|
| 41. | Alarm braku zasilania w gazy | Tak | |
| 42. | Alarm Apnea | Tak | |
| Pomiar i obrazowanie | | | |
| 43. | Pomiar objętości oddechowej TV | Tak | |
| 44. | Pomiar pojemności minutowej MV | Tak | |
| 45. | Pomiar częstotliwości oddechowej f | Tak | |
| 46. | Ciśnienia szczytowego | Tak | |
| 47. | Ciśnienia Plateau | Tak | |
| 48. | Ciśnienia średniego | Tak | |
| 49. | Tak ciśnienia PEEP | Tak | |
| 50. | Częstość oddychania | Tak | |
| 51. | Stężenie tlenu w gazach oddechowych w aparacie do znieczulania lub monitorze | Tak | |
| 52. | Pomiar stężenia środków anestetycznych mieszaniny dla: podtlenu azotu, izofluranu, sevofluranu, halotanu, desfluranu w aparacie do znieczulania lub monitorze | Tak | |
| 53. | Automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego i pomiar MAC w aparacie do znieczulania lub monitorze. | Tak | |
| Prezentacja graficzna | | | |
| 54. | Ekran kolorowy do prezentacji parametrów znieczulenia i przynajmniej dwóch krzywych o przekątnej minimum 12". Rozdzielczość minimum 800x600 pikseli | Tak | |
| 55. | Prezentacja prężności dwutlenku węgla, CO2 w strumieniu wdechowym i wydechowym w aparacie do znieczulenia lub monitorze | Tak | |
| 56. | Obrazowanie krzywej koncentracji anestetyku wziewnego w aparacie do znieczulenia lub monitorze | Tak | |
| 57. | Obrazowanie krzywej ciśnienia w drogach oddechowych w aparacie do znieczulenia | Tak | |
| 58. | Prezentacja trendów parametrów mierzonych min. 12 godz. | Tak | |
| Inne | | | |
| 59. | Komunikacja z aparatem w języku polskim | Tak | |
| Monitor pacjenta do aparatu do znieczulenia | | | |
| 60. | Monitor transportowo stacjonarny o budowie kompaktowej lub modułowej. Monitor przeznaczony dla pacjentów ze wszystkich grup wiekowych: noworodków, dzieci i dorosłych | Tak | |
| 61. | Monitor umieszczony na wysięgniku aparatu do znieczulenia ,możliwość regulacji położenia | Tak | |
| 62. | Ekran LCD TFT o przekątnej min. 12" (obraz o rozdzielczości min. 800 x 600 pikseli) do prezentacji minimum 6 krzywych jednocześnie, ekran wbudowany w monitor, uchwyt ułatwiający transport. Możliwość jednoczesnego wyświetlenia minitrendów odpowiadających wyświetlanym krzywym | Tak | |
| 63. | Obsługa monitora za pomocą klawiszy szybkiego dostępu, pokrętle i menu w języku polskim | Tak | |
| 64. | Zasilanie elektryczne dostosowane do 230V, 50Hz | Tak | |
| 65. | Możliwość zaprogramowania przez personel min. 5 różnych konfiguracji monitora (ustawiania ekranu i granic alarmowych). | Tak | |

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|---------------------------|--|---|---|
| 66. | pomiar stopnia zwiótczenia mięśni za pomocą modułu pomiarowego sterowanego z monitora funkcji życiowych lub z zewnętrznego dodatkowego urządzenia; w komplecie wielorazowy sensor dla dorosłych i dzieci | Tak | |
| 67. | Zasilanie akumulatorowe na czas transportu chorego na min. 120 minut. Urządzenie z możliwością podłączenia dwóch niezależnych akumulatorów. Akumulator z wskaźnikiem naładowania. | Tak | |
| Pomiar EKG. | | | |
| 68. | Pomiar EKG, wybór ilości monitorowanych z 3 lub 7 odprowadzeń w zależności od użytego przewodu EKG. Minimum 3 jednocześnie monitorowane odprowadzenia – w przypadku 7 odprowadzeń. Możliwość monitorowania 3 odprowadzeń przy użyciu przewodu do 5 elektrod Analiza częstości akcji serca i podstawowa analiza arytmii – wykrywanie minimum 5 zaburzeń rytmu. Pomiar akcji serca w zakresie min. 30-250 ud/min. W komplecie przewód główny i przewód do 5 elektrod klipsowych. | Tak | |
| 69. | Zakres pomiarowy analizy odcinka ST min. - 9,0 – (+) 9,0 mm | Tak | |
| 70. | Detekcja stymulatora. Możliwość wyłączenia wyświetlania impulsów stymulatora | Tak | |
| Pomiar respiracji | | | |
| 71. | Pomiar częstości oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 4-100 odd/min. Prezentacja krzywej oddechowej i respiracji | Tak | |
| 72. | Obwód zabezpieczony przed impulsem defibrylacyjnym 5kV, 360J | Tak | |
| Pomiar saturacji | | | |
| 73. | Pomiar saturacji w zakresie od 1-100%. Prezentacja krzywej pletyzmograficznej i %SpO2. Pomiar pulsu w zakresie 30-240 bpm Modulacja dźwięku przy zmianie wartości %SpO2. W komplecie kabel główny i standardowy czujnik na palec dla dorosłych do każdego monitora. W komplecie 1 czujnik na palec Algorytm pomiarowy odporny na artefakty ruchowe. | Tak | |
| Pomiar NIBP | | | |
| 74. | Pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną w zakresie min. 20-290 mmHg. Pomiar ręczny i automatyczny. Pomiar automatyczny z regulowanym interwałem w zakresie min. 1 - 120 min. Możliwość ustawienia serii pomiarów o różnym czasie repetycji i różnej ilości powtórzeń Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej . | Tak | |
| Pomiar IBP | | | |
| 75. | Pomiar ciśnienia inwazyjnego w min. 2 kanałach. Zakres pomiarowy: -40 do 320 mmHg | Tak | |
| Pomiar temperatury | | | |

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|----------------------------|--|--|---|
| 76. | Pomiar temperatury w zakresie 20-45 stC, dwa tory pomiarowe. Prezentacja 3 wartości temperatur: T1, T2, ΔT. W komplecie dwa czujniki temperatury: powierzchniowy i rektalny | Tak | |
| Pozostałe wymagania | | | |
| 77. | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | Tak | |
| 78. | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2015 (nie powystawowy, nie regenerowany, nie rekondycjonowany). | Tak | |
| 79. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | Tak | |
| 80. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | Tak <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 81. | Gwarancja min. 24 miesiące obejmująca cały system z wykonaniem co najmniej dwóch przeglądów okresowych (jeden na rok lub częściej wg zaleceń producenta) w czasie jej trwania z wykorzystaniem tzw. zestawów przeglądowych. | Tak | |
| 82. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 24 h) liczony od momentu podjęcia naprawy. | Tak | |
| 83. | Liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy (nie więcej niż 3). | Tak | |
| 84. | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 7 dni roboczych. | Tak | |
| 85. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | Tak | |
| 86. | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak | |
| 87. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak | |
| 88. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim zawierająca listę komunikatów i błędów z objaśnieniami | Tak | |
| 89. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego | Tak | |
| 90. | Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń | Tak | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **APARAT EKG - Część Nr 2**

Ilość: **5 sztuk**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|-----|---|---|---|
| 1 | automatyczna analiza i interpretacja | Tak | |
| 2 | praca w trybie Auto lub Manual | Tak | |
| 3 | sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych lub odprowadzenia Cabrera | Tak | |
| 4 | klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | Tak | |
| 5 | kolorowy ekran dotykowy (min 5,5") umożliwiający łatwą obsługę aparatu | Tak | |
| 6 | prezentacja na ekranie przebiegów z 3, 6 oraz 12 odprowadzeń EKG | Tak | |
| 7 | wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów (szerokość papieru: 112 mm) | Tak | |
| 8 | wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów bezpośrednio z aparatu na zewnętrznej drukarce: wydruk A4 | Tak | |
| 9 | czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV | Tak | |
| 10 | prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s | Tak | |
| 11 | proste zakładanie papieru (Easy load) | Tak | |
| 12 | baza pacjentów i badań | Tak | |
| 13 | wewnętrzna pamięć 1000 badań | Tak | |
| 14 | zapis badań bezpośrednio z aparatu do pamięci USB (PenDrive) | Tak | |
| 15 | detekcja złego podłączenia elektrody niezależna dla każdego kanału | Tak | |
| 16 | detekcja stymulatora serca | Tak | |
| 17 | ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | Tak | |
| 18 | dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń | Tak | |

| | | | |
|----|--|--|---|
| 19 | cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego | Tak | |
| 20 | cyfrowy filtr pływania izolacji | Tak | |
| 21 | interfejs komunikacyjny: 3 x port USB (równoczesna komunikacja z PC, drukarką zewnętrzną, pamięcią USB – Pen-Drive) | Tak | |
| 22 | zasilanie sieciowo-akumulatorowe | Tak | |
| 23 | sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | Tak | |
| 24 | menu wyświetlane na ekranie | Tak | |
| 25 | konfiguracja wyglądu i kompozycji ekranu | Tak | |
| 26 | konfiguracja ustawień aparatu oraz panelu sterowania | Tak | |
| 27 | współpraca z oprogramowaniem służącym do zarządzania badaniami na komputerze (oprogramowanie dostarczone z urządzeniem) | Tak | |
| 28 | wymiary maks. (D x S x W): 300x230x70 mm | Tak | |
| 29 | waga ≤ 2 kg | Tak | |
| 30 | wyposażenie aparatu: wózek | Tak | |
| | pozostałe wymagania | Tak | |
| 31 | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | Tak | |
| 32 | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | Tak | |
| 33 | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | Tak <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 34 | montaż i szkolenie w siedzibie zamawiającego | Tak | |
| 35 | Gwarancja – minimum 36 mies. | ≥36m-ce= 0pkt; ≥48m-cy= 10pkt. | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 36 | bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie z zaleceniami producenta wraz z bezpłatną wymianą części eksploatacyjnych | Tak | |
| 37 | Gwarancja dostępności części zamiennych do 10 lat | Tak | |
| 38 | Serwis producenta autoryzowany z siedzibą na terenie Polski | Tak | |
| 39 | dostarczane urządzenia będą fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2015 roku | Tak | |
| 40 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych. | Tak | |

| | | | |
|----|--|-----|--|
| 41 | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | Tak | |
|----|--|-----|--|

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - Część Nr 3**

Ilość: **1 sztuka**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|-----|---|---|--|
| 1. | Fabrycznie nowe (rok produkcji 2015) urządzenie przeznaczone do podgrzewania płynów infuzyjnych oraz krwi | TAK | |
| 2. | Średnica drenu 3,1-4,0 mm lub 4,1-5,0 mm | TAK | |
| 3. | Prędkość przepływu 1 – 20 ml/min | TAK | |
| 4. | Zasilanie 220-240V 50/60 Hz V AC, pobór mocy ok. 120W +/-10% | TAK | |
| 5. | Klasa ochronności Klasa I, typ BF, IPX2 (kropłoszczelność) | TAK | |
| 6. | Wyświetlacz do wskazywania aktualnej i nastawionej temperatury | TAK | |
| 7. | Tryb operacyjny – działanie ciągłe | TAK | |
| 8. | Urządzenie do wymiany ciepła - suche ciepło | TAK | |
| 9. | Grzałka - 1 grzałka silikonowa | TAK | |
| 10. | Sterowanie temperaturą - system sterowania PID | TAK | |
| 11. | Czujniki temperatury - ogniwa termoelektryczne | TAK | |
| 12. | Autotest przed każdym włączeniem | TAK | |
| 13. | Alarmy: - test alarmu przed rozpoczęciem pracy - akustyczny i wizualny alarm przekroczenia niskiej i wysokiej temp. | TAK | |
| 14. | Regulacja temperatury od 36 do 39 °C | TAK | |
| 15. | Automatyczny wyłącznik grzania powyżej temperatury 42°C | TAK | |
| 16. | Czas nagrzewania szybkie nagrzewanie - ok. 2 min | TAK | |
| 17. | Klamra pozwalająca na zamocowanie podgrzewacza na stojaku lub ramie łóżka | TAK | |

| | | | |
|-----|--|--|---|
| | | | |
| | pozostałe wymagania | | |
| 18. | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | TAK | |
| 19. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK | |
| 20. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 21. | montaż i szkolenie w siedzibie zamawiającego | TAK | |
| 22. | Gwarancja minimum 36 mies. | ≥36m-cy= 0pkt; ≥48m-cy= 10pkt. | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 23. | bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie z zaleceniami producenta wraz z bezpłatną wymianą części eksploatacyjnych | TAK | |
| 24. | Gwarancja dostępności części zamiennych do 10 lat | TAK | |
| 25. | Serwis producenta autoryzowany z siedzibą na terenie Polski | TAK | |
| 26. | dostarczane urządzenia będą fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2015 roku | TAK | |
| 27. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych. | TAK | |
| 28. | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | TAK | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Pulsoksymetr dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**
- Część Nr 4

Ilość: **2 sztuki**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach / informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|-----|---|---|---|
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe - rok produkcji 2015 | TAK | |
| 2. | urządzenie przenośne do nieinwazyjnego pomiaru nasycenia tlenem hemoglobiny tętnicznej (SpO2) oraz pulsu | TAK | |
| 3. | Wyświetlacz LCD | TAK | |
| 4. | wyświetlanie zegara na LCD | TAK | |
| 5. | kontrolowane podświetlenie ekranu oraz funkcja automatycznego wyłączenia urządzenia w celu oszczędzania baterii | TAK | |
| 6. | Pomiar nasycenia tlenem SpO2, zakres od 0 do 100%, rozdzielczość 1% | TAK | |
| 7. | Pomiar częstości pulsu, zakres od 30 do 254 sk./min, rozdzielczość ±1sk./min | TAK | |
| 8. | duży wyświetlacz w wyraźny sposób pokazuje jednocześnie falę i dane numeryczne, a polskie menu ułatwia korzystanie z urządzenia | TAK | |
| 9. | długa praca na bateriach - aż do 50 godzin na 4 bateriach AA albo akumulatorach Ni-MH | TAK | |
| 10. | duża pojemność pamięć za zapamiętywania wartości pomiarów do 100 identyfikatorów pacjentów oraz do 300 godzin danych | TAK | |
| 11. | możliwość przesyłania do PC w celu składowania, przeglądania i wydruku | TAK | |
| 12. | Możliwość przeglądu na ekranie wykresy SpO2 i częstości pulsu z ostatnich 10 minut | TAK | |
| 13. | kompatybilność z czujnikami Nellcor (typu OXI-A/N Oximax do niskiej perfuzji) oraz BCI typu DB9) | TAK | |
| 14. | alarm audio-wizualny parametrów fizjologicznych i technicznych | TAK | |
| 15. | Na wnosażeniu czuinnik SpO2 neonatalny/mediatyczny | TAK | |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| | Nellcor OXI-A/N OXIMAX dla niskiej perfuzji | | |
| 16. | 3-cyfrowy 10-segmentowy Parametry: SpO2, PR, fala i słupek PLETH Wyświetlanie dynamiki SpO2 i PR, niski poziom baterii, błędy, zegar | TAK | |
| 17. | Dopuszczalna temperatura pracy: 0°C - 40°C Temperatura przechowywania: -20°C - +60°C | TAK | |
| | pozostałe wymagania | TAK | |
| 18. | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | TAK | |
| 19. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK | |
| 20. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 21. | montaż i szkolenie w siedzibie zamawiającego | TAK | |
| 22. | gwarancja minimum 36 mies. | $\geq 36m-cy = 0pkt$; $\geq 48m-cy = 10pkt$. | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 23. | bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie z zaleceniami producenta wraz z bezpłatną wymianą części eksploatacyjnych | TAK | |
| 24. | Gwarancja dostępności części zamiennych do 10 lat | TAK | |
| 25. | Serwis producenta autoryzowany z siedzibą na terenie Polski | TAK | |
| 26. | dostarczane urządzenia będą fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2015 roku | TAK | |
| 27. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych. | TAK | |
| 28. | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | TAK | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętka

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Łóżko intensywnej opieki - Część Nr 5**

Ilość: **15 sztuk**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|-------------------------|--|---|--|
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
| 1. | Rok produkcji: 2015 | TAK PODAĆ | |
| 2. | Łóżko posiadające zewnętrzną ramę z segmentami umieszczonymi wewnątrz ramy leża. Rama łóżka wykonana z kształowników stalowych o wymiarach min. 4 x 3 cm, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | TAK PODAĆ | |
| 3. | Wymiary zewnętrzne łóżka: - Długość całkowita: 2120 mm, (+/- 30 mm) - Szerokość całkowita bez barierek bocznych (krążki odbojowe w osi szczytu): 900 mm, (+/- 30 mm) - Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami wynosi max 970 mm (wymiar leża 850x2000) | TAK PODAĆ | |
| 4. | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe a od strony głowy krążki dwuosiowe chroniące ściany i łóżko przed uderzeniami i otarciami podczas zmiany położenia w pozycji wertykalnej i horyzontalnej. | TAK | |
| 5. | Elastyczne listwy odbojowe umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami i zarysowaniami umieszczone na dwóch szczeblach barierki. | TAK | |
| 6. | Łóżko wyposażone w metalowe uchwyty trzymające materac przy min. dwóch segmentach. | TAK | |
| 7. | Szczyty łóżka chromowane, łatwo odejmowane wypełnione wysokiej jakości płytą HPL o grubości 10 mm (\pm 2 mm), odporną na działanie wysokiej temperatury, uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Wypełnienie szczytów wyjmowane bez użycia narzędzi. Dodatkowo szczyt wyposażony w akrylową tabliczkę imienną montowaną do rury szczytu. | TAK PODAĆ | |
| 8. | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | TAK PODAĆ | |

| | | | |
|-----|---|--|---|
| 9. | Segmenty leża wypełnione stalową siatką montowaną na stałe o wymiarach oczek 4 x 10cm. Siatka metalowa wykonana z pręta stalowego o średnicy minimum 5mm. | TAK PODAĆ | |
| 10. | W narożnikach leża od strony wezglowia tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki. | TAK PODAĆ | |
| 11. | Regulacja kąta leża bezstopniowo, za pomocą sprężyny gazowej: - segment oparcia pleców w zakresie: 0 – 70° (± 2°), - segment oparcia uda w zakresie: 0 - 40° (±2°). | TAK PODAĆ | |
| 12. | Regulacja segmentu oparcia pleców oraz uda wykonywana za pomocą jednej dźwigni umieszczonej pod ramą leża, w miejscu łatwego dostępu dla leżącego pacjenta. | TAK | |
| 13. | Regulacja segmentu podudzia ręczna, wspomagana mechanizmem zapadkowym | TAK | |
| 14. | Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie: 380 - 820 mm (± 30 mm) - dokonywana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej. | TAK PODAĆ | |
| 15. | Podstawa łóżka jezdna, wyposażona w 4 koła o średnicy min. 125 mm, zaopatrzone w centralną blokadę kół oraz blokadę kierunkową. Koła umieszczone w tworzywowej obudowie. | TAK PODAĆ | |
| 16. | Łóżko przystosowane do zamontowania barierek bocznych, ramy wyciągowej, uchwytów na basen oraz kaczkę. | TAK | |
| 18. | Bezpieczne obciążenie min. 225 kg potwierdzone przez niezależny podmiot. | TAK PODAĆ | |
| 19. | <u>Elementy wyposażenia łóżka:</u> - Materac dopasowany do ramy leża z pianki poliuretanowej w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nieprzenikliwy dla cieczy. Materac z możliwością wymiany pokrowca, pokrowiec z zamkiem błyskawicznym obszyty w literę „L” z okapnikiem, grubość minimum 10 cm, odporny na dezynfekcję. Pokrowiec materaca lub tkanina z której jest wykonany winien posiadać Opinię laboratoryjną potwierdzającą właściwości nieprzepuszczalności drobnoustrojów wydaną przez uprawniony do tego podmiot. – 15 szt. - Barierki boczne ciągłe (na całej długości łóżka) składane, mocowane po bokach do ramy łóżka, poprzeczki barierki wykonane z aluminium. Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki). – 15 kpl. | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 20. | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów oraz kolorów ramy łóżka min. 2 kolory w tym szary. | TAK PODAĆ | |
| 22. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK | |
| 23. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 24. | Gwarancja min. 24 miesiące | ≥24m-ce=0pkt. ≥36m-cy=5pkt. | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |

| | | | |
|----|---|------------------------|--|
| | | <i>≥48m-cy =10pkt.</i> | |
| 25 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK | |
| 26 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych | TAK | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Diatermia dla potrzeb Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej - Część Nr 6**

Ilość: **1 sztuka**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/ informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|------------------|---|---|--|
| 1 | Aparat fabrycznie nowy- nie używany wcześniej do prezentacji. | TAK | |
| 2 | Rok produkcji nie starszy niż 2015r. | Tak, podać rok produkcji | |
| 3 | Producent/ Typ | Podać | |
| PARAMETRY | | | |
| 1 | Panel sterowania z przyciskami podfoliowymi do regulacji parametrów – łatwy do utrzymania w czystości | TAK | |
| 2 | Odporność aparatu na impuls defibrylacji | TAK | |
| 3 | Regulacja ręczna ograniczenia mocy maksymalnej w całym zakresie pracy aparatu dla cięcia i koagulacji z krokiem co 10W | TAK | |
| 4 | System monitorujący poprawność aplikacji i stanu połączenia elektrody biernej z pacjentem | TAK | |
| 5 | Wyświetlanie informacji o podłączonej elektrodzie neutralnej: - dzielona, - niedzielona, - brak elektrody, - poprawność przylegania | TAK | |
| 6 | Automatyczne rozpoznawanie podłączonej elektrody neutralnej (dzielona, niedzielona) | TAK | |
| 7 | Automatyczna kontrola funkcji aparatu po włączeniu i podczas zabiegu | TAK | |
| 8 | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna awarii | TAK | |
| 9 | Uniwersalne gniazdo umożliwiające podłączenie jednocześnie instrumentów monopolarnych i bipolarnych | TAK | |

| | | | |
|-------------------------------|--|-----|--|
| 10 | gniazdo elektrody neutralnej | TAK | |
| 11 | Możliwość podłączenia wtyczek monopolarnych w standardzie 3-pin i 1-pin 4mm, bipolarnych w standardzie Martin oraz wtyczki płaskiej do elektrody neutralnej | TAK | |
| 12 | Możliwość podłączenia włącznika nożnego na panelu tylnym. | TAK | |
| 13 | Możliwość aktywacji wszystkich trybów monopolarnych i bipolarnych za pomocą włącznika nożnego | TAK | |
| 14 | Minimum 2 tryby cięcia monopolarnego: czyste i suche (z silną hemostazą) z regulacją mocy do 100W | TAK | |
| 15 | Minimum 2 tryby koagulacji monopolarnej: miękka i forsowna z regulacją mocy do 100W | TAK | |
| 16 | Tryb koagulacji bipolarnej z regulacją mocy do 100W | TAK | |
| 17 | Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktualnego trybu pracy, różne sygnały dźwiękowe dla wszystkich rodzajów pracy | TAK | |
| 18 | Możliwość zmiany głośności sygnałów akustycznych | TAK | |
| 19 | Znamionowa częstotliwość pracy diatermii 500 kHz | TAK | |
| 20 | Waga aparatu poniżej 6kg | TAK | |
| 21 | Maksymalne wymiary zewnętrzne aparatu: 280x114x310mm | TAK | |
| AKCESORIA DO DIATERMII | | | |
| 1 | Monopolarna , jednorazowa, dzielona elektroda neutralna dla dorosłych i dzieci o powierzchni 90 cm ² +/- 10%, podłoże z elastycznej pianki ułatwiającej właściwą aplikację elektrody , chroniącą powierzchnię pracującą elektrody przed podciekaniem płynów w trakcie zabiegu, pierścień bezpieczeństwa gwarantujący równomierny rozkład prądu. Elektroda współpracująca z systemami nadzoru nad jakością pracy elektrody na przykład z systemem EASY Opakowanie 100 sztuk. 1 opakowanie. | TAK | |
| 2 | Kabel elektrody neutralnej długość min 4,5m 1 sztuka | TAK | |
| 3 | Pojedynczy wyłącznik nożny uruchamiający funkcje mono i bipolarne urządzenia .Kabel przyłączeniowy min. 4m. 1 sztuka | TAK | |
| 4 | Uniwersalny zestaw przyłączeniowy mono i bipolarny : uchwyt monopolarny typu JackKNIFE – gniazdo elektrody o średnicy 2,4mm, przyłączy do pincety bipolarnej, kable o długości 4m, wtyczka od strony aparatu uniwersalna mono i bipolarna 1 | TAK | |

| | | | |
|----------------------------|--|--|---|
| | sztuka | | |
| 5 | Szczypce bipolarne proste długość 195 mm, końcówka prosta 8x2mm, wykonane ze stopu minimalizującego przywieranie tkanki w trakcie koagulacji | TAK | |
| 6 | Elektroda monopolarna nożowa prosta, ostrze 2,6x13mm, całkowita długość elektrody min 62mm trzpień o średnicy 2,4mm, 1 opakowanie= 5 sztuk | TAK | |
| pozostałe wymagania | | | |
| 1 | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | Tak | |
| 2 | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 3 | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim wraz opisem komunikatów i błędów | Tak | |
| SERWIS | | | |
| 1 | Okres gwarancyjny na oferowany sprzęt min. 36 miesięcy | $\geq 36m-cy= 0pkt;$ $\geq 48m-cy=10pkt$ | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 2 | W ramach ceny oferty przeglądy w okresie trwania gwarancji | TAK | |
| 3 | Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) | TAK | |
| 4 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych | TAK | |
| 5 | Gwarancja sprzedaży części zamiennych min. 10 lat bez usługi montażu i dostępność serwisu pogwarancyjnego | TAK | |
| 6 | Instalacja urządzenia | TAK | |
| 7 | W ramach ceny oferty szkolenie personelu obsługującego urządzenie i pracowników technicznych konserwujących i naprawiających sprzęt oraz wydanie certyfikatów | TAK | |
| 8 | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | Tak | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętka

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Aparat do krioterapii dla potrzeb Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej - Część Nr 7**

Ilość: **1 sztuka**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/ informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|----------------------------|--|---|--|
| 1. | Fabrycznie nowe (rok produkcji 2015) urządzenie przeznaczone do Krioterapii w Poradni Menopauzy i Endokrynologii Ginekologicznej | TAK | |
| 2. | Urządzenie przenośne, umożliwiające przeprowadzanie zabiegów kriochirurgicznych w warunkach ambulatoryjnych, waga do 1kg | TAK | |
| 3. | Medium chłodzące: ciekły azot | TAK | |
| 4. | temperatura par azotu na wylocie ok. -195 stC | TAK | |
| 5. | Wyposażenie w system monitorujący temperaturę w trakcie zabiegu i odgrzanie aplikatura po zabiegu | TAK | |
| 6. | Na wyposażeniu zbiornik do przechowywania ciekłego azotu z systemem bezpiecznego napełniania urządzenia | TAK | |
| 7. | Na wyposażeniu zestaw końcówek zabiegowych kontaktowych oraz natryskowych | TAK | |
| pozostałe wymagania | | | |
| 8. | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | TAK | |
| 9. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK | |
| 10. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 11. | montaż i szkolenie w siedzibie zamawiającego | TAK | |
| 12. | gwarancja min. 36 miesięcy | ≥ 36 m-cy= 0pkt; ≥ 48 m-cy= 10pkt. | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 13. | bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie z zaleceniami producenta wraz z bezpłatną wymianą części eksploatacyjnych | TAK | |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 14. | Gwarancja dostępności części zamiennych do 10 lat | TAK | |
| 15. | Serwis producenta autoryzowany z siedzibą na terenie Polski | TAK | |
| 16. | dostarczane urządzenia będą fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2015 roku | TAK | |
| 17. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych. | TAK | |
| 18. | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | TAK | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętka*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Soczewka VOLKA dla potrzeb Poradni Okulistyki - Część Nr 8**

Ilość: **1 sztuka**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/ informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|-----|--|---|--|
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe - rok produkcji 2015 | TAK | |
| 2. | urządzenie do szerokokątnego widzenia dna oka, nerwu wzrokowego | TAK | |
| 3. | pole widzenia 81/97st | TAK | |
| 4. | soczewka podwójnie asferyczna | TAK | |
| 5. | powiększenie 0,93x | TAK | |
| 6. | etui | TAK | |
| | pozostałe wymagania | TAK | |
| 8. | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | TAK | |
| 9. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK | |
| 10. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 11. | montaż i szkolenie w siedzibie zamawiającego | TAK | |
| 12. | Gwarancja min. 24 mies. | $\geq 24m-ce = 0pkt$; $\geq 36m-cy = 10pkt$. | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 13. | bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie z zaleceniami producenta wraz z bezpłatną wymianą części eksploatacyjnych | TAK | |
| 14. | Gwarancja dostępności części zamiennych do 10 lat | TAK | |
| 15. | Serwis producenta autoryzowany z siedzibą na terenie Polski | TAK | |
| 16. | dostarczane urządzenia będą fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2015 roku | TAK | |
| 17. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych. | TAK | |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 18. | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | TAK | |
|-----|--|-----|--|

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Trójlustro Goldmanna dla potrzeb Poradni Okulistyki - Część Nr 9**

Ilość: **1 sztuka**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/ informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|-----|--|---|--|
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe - rok produkcji 2015 | TAK | |
| 2. | powiększenie 1.06x | TAK | |
| 3. | pole widzenia 60° 66° 76° | TAK | |
| 4. | plamka lasera 0.94x | TAK | |
| 5. | powierzchnia kontaktowa 15mm, 18mm z kryzą | TAK | |
| 6. | etui | TAK | |
| 7. | pozostałe wymagania | | |
| 8. | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | TAK | |
| 9. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK | |
| 10. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 11. | montaż i szkolenie w siedzibie zamawiającego | TAK | |
| 12. | gwarancja min. 24 mies. | $\geq 24m-ce = 0pkt;$ $\geq 36m-cy = 10pkt.$ | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 13. | bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie z zaleceniami producenta wraz z bezpłatną wymianą części eksploatacyjnych | TAK | |
| 14. | Gwarancja dostępności części zamiennych do 10 lat | TAK | |
| 15. | Serwis producenta autoryzowany z siedzibą na terenie Polski | TAK | |
| 16. | dostarczane urządzenia będą fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2015 roku | TAK | |
| 17. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – nodieta naprawy) maks. 7 dni robocze w okresie | TAK | |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| | gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych. | | |
| 18. | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | TAK | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Videodermatoskop dla potrzeb Poradni Chirurgii Onkologicznej - Część Nr 10**

Ilość: **1 sztuka**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/ informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|-----|--|---|--|
| 1. | Fabrycznie nowe (rok produkcji 2015) dermatoskop diodowy ręczny z uchwytem na baterie | TAK | |
| 2. | Optyka z achromatycznym układem dwusoczewkowym | TAK | |
| 3. | System ogniskowania zapewniający powiększenia 10 x do 16 x, | TAK | |
| 4. | oświetlenie LED zapewniające optymalne natężenie, jednorodność i odwzorowanie kolorów: - temperatura koloru 5 000 K, - wskaźnik odwzorowania koloru (CRI) > 80 na skali do 100 | TAK | |
| 5. | Przełącznik trybu oświetlenia pomiędzy spolaryzowanym a niespolaryzowanym | TAK | |
| 6. | Na wyposażeniu: Płytką kontaktowa P 23mm spolaryzowana Płytką kontaktowa N 23mm immersyjna Mała płytką kontaktowa 8mm do badania miejsc trudno dostępnych | TAK | |
| 7. | Możliwość tworzenia dokumentacji cyfrowej. poprzez połączenie z cyfrowymi aparatami fotograficznymi (lustrzankami) za pomocą adaptera z optyką dermatoskopu | TAK | |
| 8. | Zasilanie źródła światła poprzez baterie jak i akumulatorki | TAK | |
| 9. | Na wyposażeniu oprogramowanie Derma PhotoMax do archiwizowania i analizy danych | TAK | |
| 10. | Na wyposażeniu aparat cyfrowy z adapterem do optyki laparoskopowej | TAK | |
| 11. | Na wyposażeniu zestaw komputerowy z systemem Windows7, monitor LCD 19' | TAK | |
| | pozostałe wymagania | | |
| 12. | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | TAK | |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 13. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK | |
| 14. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | TAK <i>Dokumenty razem z dostawą towaru</i> | |
| 15. | montaż i szkolenie w siedzibie zamawiającego | TAK | |
| 16. | Gwarancja min 36 mies. | $\geq 36m-cy = 0pkt$; $\geq 48m-cy = 10pkt$. | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 17. | bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie z zaleceniami producenta wraz z bezpłatną wymianą części eksploatacyjnych | TAK | |
| 18. | Gwarancja dostępności części zamiennych do 10 lat | TAK | |
| 19. | Serwis producenta autoryzowany z siedzibą na terenie Polski | TAK | |
| 20. | dostarczane urządzenia będą fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2015 roku | TAK | |
| 21. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawy) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych. | TAK | |
| 22. | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | TAK | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętka*

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Mikroskop optyczny dla potrzeb Poradni Dermatologicznej - Część Nr 11**

Ilość: **1 sztuka**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji 2015:

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogach/folderach/prospektach/ informacjach producenta) PODAĆ/OPISAĆ |
|----------------------------|--|---|--|
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe - rok produkcji 2015 | TAK | |
| 2. | Głowica: CF binokular, nachylenie 30 stopni, rotacja 360 stopni, rozstaw źrenic: 55-75mm, lewostronna regulacja dioptrii: -/+ 5 | TAK | |
| 3. | Okular: WF 10x/22mm | TAK | |
| 4. | Obiektyw (powiększenie/N.A./W.D.): PLAN Infinity (korygowane na nieskończoność) 4x, 10x, 40x, 100x | TAK | |
| 5. | Rewolwer: cofnięty cztero gniazdowy | TAK | |
| 6. | Powiększenie: 40x - 1000x | TAK | |
| 7. | Stolik: płaski dwuwarstwowy 180x150mm z podziałką noniusza, zakres ruchu: 75x50mm, blokada górnego położenia stolika, regulacja oporu ruchu | TAK | |
| 8. | Kondensator: Abbego N.A. 1.25, przesłona irysowa, uchwyt na filtr, regulacja wysokości | TAK | |
| 9. | <i>Źródło światła moduł smd LED,</i> | TAK | |
| pozostałe wymagania | | | |
| 11. | instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | TAK | |
| 12. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK | |
| 13. | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wvróh | TAK <i>Dokumenty razem</i> | |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| | medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.) | <i>z dostawą towaru</i> | |
| 14. | montaż i szkolenie w siedzibie zamawiającego | TAK | |
| 15. | Gwarancja min. 24 mies. | $\geq 24m-ce = 0pkt$; $\geq 36m-cy = 10pkt$. | Udzielamy miesięcznej gwarancji na przedmiot zamówienia |
| 16. | bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie z zaleceniami producenta wraz z bezpłatną wymianą części eksploatacyjnych | TAK | |
| 17. | Gwarancja dostępności części zamiennych do 10 lat | TAK | |
| 18. | Serwis producenta autoryzowany z siedzibą na terenie Polski | TAK | |
| 19. | dostarczane urządzenia będą fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2015 roku | TAK | |
| 20. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) maks. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie maks. 7 dni roboczych. | TAK | |
| 21. | dostarczenie z urządzeniem wypełnionego paszportu i wpisywanie do niego wszystkich czynności serwisowych | TAK | |

Uwaga: w kolumnie „Warunki wymagane, konieczne do spełnienia ”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty.

Uwaga:

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętka*

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

.....
(nazwa i adres Zamawiającego)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego

1. Oświadczamy, że:

- 1) oferowany przedmiot zamówienia odpowiada opisowi przedmiotu zamówienia – Załącznik Nr 5 do SIWZ,
- 2) oferowany przedmiot zamówienia jest wyrobem medycznym - zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010, Nr 107 z 2010 r. poz. 679 z późn. zmian.), spełnia wymagania zasadnicze oraz jest wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z przepisami tej ustawy.
- 3) pokrowiec materaca / tkanina z której jest wykonany* posiada opinię laboratoryjną potwierdzającą właściwości nieprzepuszczalności drobnoustrojów wydaną przez uprawniony do tego podmiot – dotyczy Części Nr 5**

2. W przypadku podpisania umowy:

- 1) kserokopie stosownych dokumentów wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010. Nr 107 z 2010 r. poz. 679 z późn. zm.), potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez uprawnione osoby tj.:
 - a) Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.)
 - b) Certyfikat Zgodności wyrobu wydany przez jednostkę notyfikowaną, jeżeli oferowany przedmiot zamówienia został zaliczony do jednej z klas, o których mowa w art. 29 ust. 5 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych;
- 2) kserokopie stosownych dokumentów, o których mowa pkt. 1 pkt 3) niniejszego Załącznika – dotyczy Części Nr 5

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

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

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

* niepotrzebne skreślić.

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

.....
.....
.....
.....
(nazwa i adres Zamawiającego)

**Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej/informacja
o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej***

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego

Oświadczam/-y*, że na dzień składania ofert:

1. **nie należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz. U. 2015 r. poz. 184).*
2. **należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz. U. 2015 r. poz. 184), i poniżej **przekładam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej***:

- 1)
- 2)
- 3)

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

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.

....., dnia 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

* Należy wypełnić pkt. 1 **lub** pkt. 2, jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej.

UMOWA NR DAZ.26.092.2015 – wzór

zawarta w dniu 2015 r. w Częstochowie, pomiędzy:

**WOJEWÓDZKIM SZPITALEM SPECJALISTYCZNYM IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY
UL. BIALSKA 104/118, 42-200 CZĘSTOCHOWA**

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

a

REGON:, NIP:

zwanym dalej „WYKONAWCĄ”, którego reprezentuje:

w wyniku rozstrzygnięcia przetargu nieograniczonego w trybie przepisów ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.), zawarta została umowa następującej treści:

§1

1. Przedmiotem umowy jest **ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, realizowany w ramach dotacji celowej przeznaczonej na dofinansowanie zadania inwestycyjnego pn: **ZAKUP SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ DLA PORADNI I ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE** zwanego dalej „sprzętem”, wraz z dostawą, montażem, uruchomieniem oraz szkoleniem pracowników Zamawiającego.
2. Szczegółowe wymagania techniczne, jakie musi spełniać przedmiot zamówienia, określone zostały w tabeli zawierającej parametry techniczne, stanowiącej **Załącznik Nr 1** do niniejszej umowy.
3. Wykonawca oświadcza, że zaoferowany przedmiot zamówienia posiada aktualne dokumenty dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r., Nr 107, poz. 679 z późn. zm.).
4. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć przedmiot umowy do siedziby Zamawiającego w opakowaniach producenta oznakowanych w sposób umożliwiający identyfikację przez Zamawiającego poszczególnych części sprzętu medycznego, (jeśli występują) wraz z kserokopią dokumentów wynikających z ustawy z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.), o których mowa w Załączniku Nr 6 do SIWZ, stanowiącym odpowiednio **Załącznik Nr 3** do niniejszej umowy.

§2

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

§3

1. Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt, o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy w terminie do **6 tygodni** od daty zawarcia niniejszej umowy.
2. Szkolenie pracowników Zamawiającego o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy, odbędzie się w terminie nie dłuższym niż **2 dni** od daty dostarczenia i instalacji sprzętu, potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym, określonym w § 4 ust. 5 niniejszej umowy.

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

§4

1. Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny, a także wolny od wad materiałowych, konstrukcyjnych i prawnych.
2. Wykonawca zobowiązuje się do powiadomienia Zamawiającego o terminie dostarczenia sprzętu z wyprzedzeniem 2 dni roboczych.
3. Wykonawca dostarczy przedmiot umowy w godzinach 9:00 – 13:00 w dzień roboczy.
4. Przy odbiorze przedmiotu dostawy powinien być obecny kompetentny przedstawiciel Wykonawcy z kompletem dokumentów. Czynność odbioru kompletnej dostawy strony zobowiązują się potwierdzić na piśmie.
5. Przekazanie do użytku gotowego do pracy sprzętu wraz z kompletem dokumentów (w tym instrukcja obsługi w języku polskim, karty gwarancyjne w języku polskim, instrukcje obsługi w języku polskim, zaświadczenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi dostarczonej aparatury (po odbyciu szkoleniu), założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń), oraz z kserokopią dokumentów, o których mowa w **Załączniku Nr 3** do niniejszej umowy potwierdzonych „za zgodność z oryginałem” - zostanie stwierdzone protokołem zdawczo – odbiorczym podpisanym przez Kierownika Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki, bezpośredniego użytkownika lub osobę upoważnioną oraz uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy.

§5

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

§6

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

§7

1. Wykonawca zapewni czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) oraz usunięcia usterki, w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, na zasadach określonych w Załączniku Nr 1 do SIWZ. Wykonawca zobowiązany jest w terminie 7 dni od zgłoszenia awarii do podstawienia aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 7 dni roboczych.

2. Dopuszcza się wydłużenie wymaganego czasu podjęcia naprawy, ponad termin określony w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy pod warunkiem akceptacji przez Zamawiającego.
3. Przyjęcie do używania sprzętu po dokonanej naprawie lub usunięciu awarii dokonuje bezpośredni użytkownik, Kierownik Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki lub osoba przez niego wyznaczona na podstawie pisemnego protokołu.

§8

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

§9

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

§10

1. Zapłata wynagrodzenia określonego w § 2 nastąpi na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Wykonawcę, po odbiorze przedmiotu umowy, potwierdzonym protokołem końcowym odbioru dostawy, o której mowa w § 4 ust 5 niniejszej umowy.
2. Zapłata wynagrodzenia za dostawę przedmiotu umowy nastąpi w formie polecenia przelewu w terminie do 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. W przypadku, gdy dzień zapłaty przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, to płatność nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po tym dniu.
3. W przypadku zwłoki w zapłacie wynagrodzenia za wykonany przedmiot umowy, Wykonawca może naliczyć odsetki w wysokości ustawowej.
4. Wykonawca gwarantuje, że 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.
5. Wykonawca przyjmuje do wiadomości i zobowiązuje się, iż zapłata za świadczenia wykonane zgodnie z umową nastąpi tylko i wyłącznie przez Zamawiającego bezpośrednio na rzecz Wykonawcy, i tylko w drodze przelewu na rachunek Wykonawcy. Umorzenie długu Zamawiającego do Wykonawcy poprzez uregulowanie w jakiegokolwiek formie na rzecz innych podmiotów niż bezpośrednio na rzecz Wykonawcy, może nastąpić wyłącznie za poprzedzającą to uregulowanie zgodą Zamawiającego wyrażoną w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
6. W razie naruszenia obowiązku opisanego wyżej w ustępie 4 Wykonawca zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 5 % od wartości zamówienia wskazanego w § 2 ust. 3 niniejszej umowy za każdy przypadek naruszenia wyżej wskazanego

obowiązku, co nie narusza prawa Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.

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

§11

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do naliczania kar umownych w przypadku i wysokościach określonych umową:
 - 1) Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w przypadku nieterminowej dostawy w wysokości 0,5% wartości brutto zamówienia określonej w § 2 ust. 3 umowy, za każdy dzień opóźnienia ponad termin określony w § 3 niniejszej umowy,
 - 2) Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w przypadku nieterminowego przeszkolenia personelu Zamawiającego, w wysokości 0,5% wartości zamówienia brutto określonej w § 2 ust. 3 umowy za każdy dzień zwłoki ponad terminy określone w § 3 umowy.
 - 3) w przypadku przekroczenia deklarowanego czasu przystąpienia do naprawy sprzętu lub osprzętu lub przekroczenia 14 dniowego czasu naprawy określonego w § 7 ust. 1 umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,5% wartości brutto zamówienia określonej w § 2 ust. 3 umowy, za każdy dzień opóźnienia,
 - 4) Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę w wysokości 20% wartości brutto określonej w § 2 ust. 3 umowy w przypadku odstąpienia przez Wykonawcę od niniejszej umowy oraz w przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego na podstawie § 12 ust. 1 umowy.
2. Kara umowna płatna będą w ciągu 7 dni od daty wystawienia Wykonawcy noty obciążeniowej obejmującej naliczoną karę umowną, przy czym Zamawiający ma prawo potrącen kwoty kary umownej z bieżącej faktury za wykonanie dostawy, wystawionej przez Wykonawcę.
3. W przypadku, gdy strata rzeczywista spowodowana niewykonaniem obowiązków wynikających z niniejszej umowy przekracza wysokość kar umownych, Zamawiający może niezależnie od kar umownych dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych Kodeksu Cywilnego.
4. Wykonawcy nie przysługują żadne roszczenia w przypadku niezrealizowania przez Zamawiającego umowy.

§12

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

- 4) terminu wykonania przedmiotu umowy, w przypadku prolongaty terminu rozliczenia dotacji na zakup sprzętu wymienionego w niniejszej umowie, przez Organ przyznający dotację tj. Województwo Śląskie
3. Zmiany umowy, o których mowa w § 12 ust. 2 mogą nastąpić wyłącznie w formie pisemnego aneksu, podpisanego przez obie Strony, z zastrzeżeniem ust. 2 p. 3 niniejszego paragrafu.

§13

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

§14

1. Zmiana postanowień umowy, wymaga, pod rygorem nieważności, zachowania formy pisemnej, z zastrzeżeniem ust. 2 p. 3 paragrafu 12.
2. Zmiana umowy na wniosek Wykonawcy wymaga wskazania okoliczności uzasadniających dokonanie tej zmiany.
3. Każda zmiana umowy wymaga zgody Zamawiającego.
4. 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.

§15

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z z 2013 r., poz. 907, ze zm.) i ustawy z dnia 24 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 121 ze zm.).
2. Zmiany niniejszej umowy, w tym również zmiana terminu jej obowiązywania, mogą być dokonywane wyłącznie na piśmie w formie aneksów podpisanych przez obie strony i opatrzonych datą – pod rygorem ich nieważności z zastrzeżeniem ust. 2 p. 3 paragrafu 12.
3. Ewentualne spory wynikłe z umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§16

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

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY