

**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.26.071.2016 r.**

**SPECYFIKACJA**  
**ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**  
zwana dalej **(SIWZ)**

**na**  
**zakup i dostawa:**

**sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych w Częstochowie**

w trybie  
**przetargu nieograniczonego**

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

**UWAGA:**  
**PRZED PRZYGOTOWANIEM OFERTY PROSZĘ DOKŁADNIE ZAPOZNAĆ SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ**

### § 1. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Zamawiającym jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny  
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa  
nr tel. i faksu: (34) 367-36-74  
strona internetowa: [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl)  
**e-mail: szp@data.pl**  
NIP: 573-22-99-604

### § 2. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 2164), zwanej dalej ustawą PZP.

### § 3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych w Częstochowie.
2. Przedmiot niniejszego zamówienia obejmuje następujące części:  
Część Nr 1 - Kardiomonitor - 2 szt.  
Część Nr 2 - Łóżko pacjenta - 2 szt.  
Część Nr 3 - Pompy infuzyjne - 2 szt.  
Część Nr 4 - Autoklaw - 2 szt.  
Część Nr 5 - Myjnia dezynfektor - 4 szt.  
Część Nr 6 - Ssak elektryczny - 2 szt.  
Część Nr 7 - Respirator - 2 szt.  
Część Nr 8 - Inhalator pneumatyczny - 2 szt.  
Część Nr 9 - Defibrylator - 2 szt.  
Część Nr 10 - Aparat podstawowej analizy laboratoryjnej krwi - 2 szt.  
Część Nr 11 - Aparat podstawowej analizy laboratoryjnej - 2 szt.
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera [Załącznik Nr 2 i Nr 5 do SIWZ](#). Pozostałe warunki dotyczące realizacji zamówienia zostały określone we wzorze umowy, stanowiącej [Załącznik Nr 8 do SIWZ](#).
4. Ilekroć w niniejszej treści SIWZ, w zakresie dotyczącym opisu przedmiotu zamówienia, 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 lub lepsze od opisanych w SIWZ parametry techniczne i jakościowe, a jego zastosowanie w żaden sposób nie wpłynie na prawidłowe funkcjonowanie zgodnie z przeznaczeniem medycznym.
5. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne części zamówienia.
6. Powyższy zakup jest dofinansowany ze środków Województwa Śląskiego w ramach zadania inwestycyjnego pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych”.
7. Wspólny Słownik Zamówień (CPV): **33.10.00.00-1**

### § 4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Termin realizacji zamówienia: **do 8 tygodni** od dnia zawarcia umowy – dotyczy wszystkich części.

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

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki zawarte w art. 22 ust. 1 ustawy PZP dotyczące:
  - 1) **Posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania:**  
Zamawiający nie stawia szczególnych wymagań w zakresie spełnienia tego warunku. Wykonawca potwierdza spełnienie warunku poprzez złożenie oświadczenia z art. 22 ust. 1 ustawy PZP.

- 2) **Posiadania wiedzy i doświadczenia:**  
Zamawiający nie stawia szczególnych wymagań w zakresie spełnienia tego warunku. Wykonawca potwierdza spełnienie warunku poprzez złożenie oświadczenia z art. 22 ust. 1 ustawy PZP.
  - 3) **Dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:**  
Zamawiający nie stawia szczególnych wymagań w zakresie spełnienia tego warunku. Wykonawca potwierdza spełnienie warunku poprzez złożenie oświadczenia z art. 22 ust. 1 ustawy PZP.
  - 4) **Sytuacji ekonomicznej i finansowej.**  
Zamawiający nie stawia szczególnych wymagań w zakresie spełnienia tego warunku. Wykonawca potwierdza spełnienie warunku poprzez złożenie oświadczenia z art. 22 ust. 1 ustawy PZP.
2. **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 PZP.**
  3. **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 PZP.**
  4. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych w § 5 ust. 1-3 SIWZ dokonana zostanie zgodnie z formułą „spełnia- nie spełnia” w oparciu o informacje zawarte w oświadczeniach i dokumentach wyszczególnionych w § 6 niniejszej SIWZ. Z treści załączonych dokumentów musi jednoznacznie wynikać, iż ww. warunki Wykonawca spełnił.
  5. Wykonawca na żądanie Zamawiającego i w zakresie przez niego wskazanym jest zobowiązany wykazać odpowiednio, nie później niż na dzień składania ofert, spełnianie warunków, o których mowa w § 5 ust. 1-3 SIWZ i brak podstaw do wykluczenia z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 i 24b ustawy PZP.
  6. Wykonawcy należący do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity: Dz. U. 2015 r. poz. 184), składając odrębne oferty, są zobowiązani wykazać, że istniejące między nimi powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji pomiędzy Wykonawcami w niniejszym postępowaniu.
  7. Brak wykazania spełnienia któregokolwiek z warunków udziału w postępowaniu, określonych w § 5 ust. 1-3 SIWZ skutkować będzie wykluczeniem Wykonawcy z postępowania, a tym samym uznaniu złożonej przez niego oferty za odrzuconą, z zastrzeżeniem art. 26 ust. 3 ustawy PZP.

## **§ 6. WYKAZ DOKUMENTÓW I OŚWIADCZEŃ, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY:**

1. W celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu, zawartych w art. 22 ust.1 ustawy PZP, Wykonawca składa następujące oświadczenia i dokumenty:
  - 1) **oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu** określonych w art. 22 ust. 1 pkt. 1-4 ustawy PZP, zgodnie ze wzorem oświadczenia stanowiącym [Załącznik Nr 3 do SIWZ](#) (oryginał).
2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z treścią art. 24 ust. 1 ustawy PZP, Wykonawca składa niżej wymienione oświadczenia i dokumenty:
  - 1) **oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia**, z uwagi na okoliczności wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy PZP, zgodnie ze wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 4 do SIWZ](#) (oryginał),
  - 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 PZP, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

3. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24b ust. 3 ustawy PZP, Wykonawca składa wraz z ofertą **listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst. jedn. Dz. U. 2015 r. poz. 184) lub **informację o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy PZP, zgodnie ze wzorem stanowiącym **Załącznik Nr 6 do SIWZ. Wyżej wymieniony dokument musi być złożony w oryginale**). W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia powyższy dokument składa każdy z Wykonawców.
4. **Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**, zamiast dokumentu o których mowa w § 6 ust. 2 pkt. 2), składa dokument wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsca zamieszkania, potwierdzający odpowiednio, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości – wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.  
Jeżeli w kraju miejsca zamieszkania osoby lub w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w ust. 4 zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie, w którym określa się także osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy, złożonym 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 nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.  
W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę mającego siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, z wnioskiem o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących przedłożonego dokumentu.
5. **W przypadku składania oferty wspólnej przez kilku przedsiębiorców** (tzw. Konsorcjum) **lub przez spółkę cywilną**, każdy ze współników konsorcjum lub spółki cywilnej musi złożyć dokumenty wymienione w § 6 ust. 2 i ust. 3 niniejszej specyfikacji (lub w § 6 ust. 3 niniejszej specyfikacji - jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wraz z dokumentami wymienionymi w § 6 ust. 2 pkt. 1) oraz ust. 3 niniejszej specyfikacji).  
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 współników. Wspólnicy ponoszą solidarną odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zamówienia, określoną w art. 366 Kodeksu Cywilnego.
6. Zgodnie z art. 26 ust. 2b ustawy PZP Wykonawca może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonywania zamówienia oraz 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, tj. **przedstawić pisemne zobowiązanie (w oryginale)** tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia.  
Podmiot, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów zgodnie z art. 26 ust. 2b, ustawy PZP odpowiada solidarnie z Wykonawcą za szkodę Zamawiającego powstałą wskutek niedostępności tych zasobów, chyba, że za niedostępność zasobów nie ponosi winy.
7. **W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego w Części Nr 1, Nr 2, Nr 3, Nr 4, Nr 5, Nr 6, Nr 7, Nr 8, Nr 9, Nr 10, Nr 11 zawarte w Załączniku Nr 5 do SIWZ, Zamawiający wymaga załączenia do oferty:**
  - a) Dokumentów 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.
  - b) Oświadczenie Wykonawcy, o treści zgodnej z **Załącznikiem Nr 7 do SIWZ (oryginał)**.

8. **Ponadto do oferty należy załączyć następujące dokumenty:**
- 1) Wypełniony i podpisany **Formularz Oferty**, zgodnie z wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 1 do SIWZ \(oryginał\)](#).
  - 2) Wypełniony i podpisany **Formularz asortymentowo-cenowy**, zgodnie z wzorem stanowiącym [Załącznik Nr 2 do SIWZ – oryginał](#) (Wykonawca składa te załączniki na które składa jest oferta).
  - 3) Wypełniona i podpisana tabela - **ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** - [Załącznik Nr 5 do SIWZ – oryginał](#) (Wykonawca składa te załączniki na które składana jest oferta)
9. Dokumenty należy złożyć zgodnie z § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane (Dz. U. poz. 231), tj. w oryginale lub kopii poświadczonej „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM” przez Wykonawcę.
- 1) w przypadku składania elektronicznych dokumentów powinny one być opatrzone przez Wykonawcę bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu,
  - 2) w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oraz w przypadku innych podmiotów, na zasobach których Wykonawca polega na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy PZP, kopie dokumentów dotyczących odpowiednio Wykonawcy lub tych podmiotów są poświadczane „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM” odpowiednio przez Wykonawcę lub te podmioty.

**§ 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 oraz Wykonawcy przekazują faksem (nr faksu: **(34) 367-36-74**) lub drogą elektroniczną na adres: [szp@data.pl](mailto:szp@data.pl) zastrzeżeniem pkt. 3.
3. Dokumenty, oświadczenia i pełnomocnictwa uzupełniane na wezwanie Zamawiającego na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy PZP, muszą zostać złożone w wyznaczonym terminie w formie przewidzianej w § 6 ust. 9 SIWZ.
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 niniejszym postępowaniem, należy kierować na adres: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny Dział Zamówień Publicznych 42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118**
6. Przesłanie korespondencji na inny adres lub numer faksu niż zostało to określone powyżej może skutkować tym, że Zamawiający nie będzie mógł zapoznać się z treścią przekazanej informacji we właściwym terminie.
7. **Osobami uprawnionymi do kontaktu z Wykonawcami są:**  
**w zakresie opisu przedmiotu zamówienia:**
  - p. Karolina Mielczarek – Dział Aparatury Medycznej i Teletechniki tel. (34) 367-31-20, w godz. 7:30-14:35.**w zakresie przedmiotu zamówienia:**
  - p. Grażyna Kukuła – Dział Zamówień Publicznych tel. i faks. (34) 367-36-74, w godz. 7:00-14:35Godziny pracy od poniedziałku do piątku: od godz. 7:00 do 14;35 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**§ 8. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIENI TREŚCI SIWZ:**

1. Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia (dalej SIWZ) udostępniona jest na stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl), od dnia zamieszczenia ogłoszenia o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych do upływu terminu składania ofert.

2. Wykonawcy mogą zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert (art. 38 ust. 1 pkt. 3 ustawy PZP). **Połowa wyznaczonego terminu składania ofert upływa w dniu 06.08.2016 r.**
3. Wszelkie wnioski dotyczące wyjaśnienia treści SIWZ, Wykonawca zobowiązany jest wnieść w języku polskim albo wraz z tłumaczeniem na język polski.
4. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynie po upływie terminu składania wniosku, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania (art. 38 ust. 1a ustawy PZP). Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w ust. 2 (art. 38 ust. 1 b ustawy PZP).
5. Zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy PZP treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający przekazuje Wykonawcom, którym przekazał SIWZ, bez ujawniania źródła zapytania, a jeżeli specyfikacja jest umieszczona na stronie internetowej, zamieszcza na tej stronie. Wyjaśnienia treści specyfikacji oraz jej ewentualne zmiany będą dokonywane zgodnie z opisem zamieszczonym w art. 38 ustawy PZP.
6. Zamawiający nie zamierza zwoływać zebrania Wykonawców w celu wyjaśnienia treści SIWZ.
7. 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 wniesienia wadium.

#### **§ 10. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:**

Wykonawca jest związany ofertą przez 30 dni począwszy od dnia upływu terminu składania ofert. Przedłużenie okresu związania ofertą może nastąpić w warunkach określonych w art. 85 ust. 2 ustawy PZP.

#### **§ 11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT:**

1. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
2. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. W przypadku złożenia przez Wykonawcę więcej niż jednej oferty, oferty zostaną odrzucone na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 1) w związku z art. 82 ust. 1 ustawy PZP.
3. Treść oferty musi odpowiadać treści SIWZ.
4. Wymaga się, aby oferta była sporządzona na piśmie, w języku polskim, trwałym i czytelnym pismem.
5. Wymagane w SIWZ dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski poświadczonym przez Wykonawcę.
6. Wszelkie zmiany w treści oferty (poprawki, przekreślenia, dopiski) naniesione przez Wykonawcę po sporządzeniu oferty powinny być podpisane lub parafowane przez osobę podpisującą ofertę – w przeciwnym wypadku nie będą uwzględnione.
7. Wielkość i układ załączonych do SIWZ formularzy mogą zostać przez Wykonawcę zmienione, jednak treść oferty winna odpowiadać treści SIWZ.
8. Oferta musi zawierać cenę wraz z podatkiem VAT, podaną cyfrowo i słownie.
9. Jeżeli 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.
10. **Oferta i oświadczenia muszą być podpisane przez osobę/osoby uprawnione do reprezentowania i składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.**

11. W przypadku gdy ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Pełnomocnictwo musi być przedstawione **w formie oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii**. Wymagane, a nie złożone lub wadliwe pełnomocnictwa podlegać będą uzupełnieniu na warunkach określonych w art. 26 ust. 3 ustawy PZP.
12. Dokumenty złożone w formie kopii powinny być opatrzone klauzulą: „ZA ZGODNOŚĆ ZOPRYGINAŁEM” i poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy.
13. Zaleca się, aby wszystkie strony oferty były ponumerowane i trwale spięte.
14. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzywej trwale zamkniętej kopercie, zaadresowanej na Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa. Na kopercie należy umieścić nazwę oraz adres Wykonawcy, oraz napis:  
**„Postępowanie Nr DAZ.26.071.2016 r. Oferta przetargowa na zakup i dostawę sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych w Częstochowie”.**  
**Proszę nie otwierać przed dniem ..... 2016 r.”** (wpisuje Wykonawca).
15. Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy PZP Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać ofertę.
  - 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”.
16. Wykonawca nie może wycofać oferty i wprowadzić zmian w ofercie po upływie ostatecznego terminu składania ofert.
17. Zamawiający informuje, iż zgodnie z art. 96 ust. 3 ustawy PZP oferty składane w postępowaniu o zamówienie publiczne są jawne i podlegają udostępnieniu od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiącej tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:
  - 1) przez tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.), rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności, tzn. zastrzegł składając ofertę, iż nie mogą być one udostępnione innym podmiotom oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa,
  - 2) stosowne zastrzeżenie Wykonawca winien złożyć na Formularzu Oferty. W przeciwnym razie cała oferta zostanie ujawniona na życzenie każdego podmiotu. Zamawiający zaleca, aby informacje zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorstwa były przez Wykonawcę złożone w oddzielnej wewnętrznej kopercie z oznakowaniem „tajemnica przedsiębiorstwa” lub spięte (zszyte) oddzielnie od pozostałych, jawnych elementów oferty.
  - 3) Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy PZP.

18. Jeżeli zastrzeżone przez Wykonawcę informacje nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa lub są jawne na podstawie przepisów ustawy lub odrębnych przepisów, Zamawiający zobowiązany jest do ujawnienia tych informacji w ramach prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

#### **§ 12. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA 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 **16.08.2016 r. o godz. 10:00**.
3. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone Wykonawcom.
4. Otwarcie ofert jest jawne nastąpi w dniu **16.08.2016 r. o godz. 10:15** w siedzibie Zamawiającego tj. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa w pokoju 310.

#### **§ 13. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY:**

1. Cena brutto zamówienia powinna zawierać wszystkie koszty, jakie Zamawiający będzie musiał ponieść przy realizacji zamówienia z uwzględnieniem podatku od towarów i usług VAT, innych opłat i podatków – z uwzględnieniem ewentualnych upustów i rabatów.
2. Cenę oferty należy obliczyć z wykorzystaniem Formularza asortymentowo-cenowego, stanowiącego Załącznik Nr 2 do SIWZ (Części od Nr 1 do Nr 11). Tak obliczoną cenę przedstawiającą wartość brutto dostawy należy przenieść do Formularza Oferty stanowiącego [Załącznik Nr 1 do SIWZ](#).
3. Cena oferty w Formularzu Oferty powinna być podana cyfrowo i słownie.
4. Każda pozycja w Formularzu asortymentowo-cenowym powinna być wypełniona w sposób nie budzący wątpliwości.
5. Cena powinna być wyrażona w złotych polskich, nie dopuszcza się prowadzenia rozliczeń w walutach obcych.
6. Przy obliczaniu ceny oferty należy przyjąć stawkę podatku VAT od towarów i usług właściwą dla przedmiotu zamówienia obowiązującą według stanu prawnego na dzień składania ofert.
7. Jeżeli cena oferty wydawać się będzie rażąco niska w stosunku do 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, Zamawiający 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 2008).
  - b) pomocy publicznej udzielanej na podstawie odrębnych przepisów.

**Obowiązek wykazania, że oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny spoczywa na Wykonawcy.**

#### **§ 14. OPIS KRYTERIÓW I SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY OFERT:**

1. Zamawiający oceni i porówna jedynie te oferty, które nie podlegają odrzuceniu oraz zostały złożone przez Wykonawców nie wykluczonych przez Zamawiającego z niniejszego postępowania.
2. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

**A) cena - 90%**

**B) długość okresu gwarancji - 10%**

Ad. A). Sposób obliczania punktów w kryterium **cena**.

Oferta z najniższą ceną brutto w danej części uzyska największą ilość punktów, pozostałe oferty uzyskają mniejszą ilość punktów wynikającą z wyliczenia matematycznego:

**najniższa cena**

**Liczba punktów oferty badanej = ..... x 100 x 90%**  
**cena oferty rozpatrywanej**



Ad. B). Sposób obliczania punktów w kryterium **długość okresu gwarancji**.  
Komisja Przetargowa, oceniając zaoferowaną długość okresu gwarancji w danej części, przyzna każdej z badanych ofert punkty w sposób następujący:

$$\text{Liczba punktów oferty badanej} = \frac{\text{okres gwarancji w badanej ofercie}}{\text{najdłuższy okres gwarancji}} \times 100 \times 10\%$$

3. **Minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące. Zamawiający dokona oceny tego kryterium w zakresie od 24 do 36 miesięcy. Zaoferowany przez Wykonawcę okres gwarancji dłuższy niż 36 miesięcy nie będzie dodatkowo punktowany.**
4. **Jeżeli Wykonawca zadeklaruje okres gwarancji krótszy niż 24 miesiące lub nie wskaże okresu gwarancji, jego oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z SIWZ.**
5. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z najkorzystniejszym bilansem wszystkich kryteriów (największą ilością punktów uzyskanych w oparciu o podane kryterium oceny ofert).
6. Jeżeli nie będzie można wybrać oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny i innych kryteriów oceny ofert, Zamawiający spośród tych ofert wybierze ofertę z najniższą ceną.
7. Zamawiający dokona obliczeń z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

#### **§ 15. UDZIELENIE ZAMÓWIENIA:**

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w ustawie PZP oraz w niniejszej SIWZ i została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane w ogłoszeniu o zamówieniu i SIWZ kryteria 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 i informacje, określone w art. 92 ust. 1 pkt. 1 ustawy PZP (zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty) na własnej stronie internetowej [www.szpitalparkitka.com.pl](http://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 lub pocztą elektroniczną. 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.

#### **§ 16. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY:**

1. Zamawiający przystąpi do zawarcia umowy z wybranym Wykonawcą w trybie art. 94 ustawy PZP z uwzględnieniem zapisów art. 139 ustawy PZP.
2. Przed zawarciem umowy Zamawiający wezwie Wykonawcę, którego oferta została uznana za najkorzystniejszą w celu dopełnienia następujących formalności:
  - 1) ustalenia osób, które będą podpisywać umowę,
  - 2) ustalenie osób wyznaczonych do realizacji przedmiotu umowy.
3. Nieusprawiedliwione niestawienie się Wykonawcy w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie traktować się będzie jako nieprzystąpienie do zawarcia umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
4. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, będzie uchylał się od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzenia ich ponownego badania i oceny, chyba, że zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy PZP.
5. 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 tych Wykonawców.

**§ 17. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY:**

Zamawiający nie będzie wymagał od Wykonawców, którzy złożą najkorzystniejsze oferty na poszczególne części złożenia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

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

Z Wykonawcami, którzy złożą najkorzystniejsze oferty na poszczególne części zostaną podpisane umowy. Wzór umowy zawiera [Załącznik Nr 8 do SIWZ](#).

**§ 19. 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. z 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).

**§ 20. INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA:**

1. **Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne części zamówienia.**
2. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
3. Zamawiający zgodnie z art. 67 ust. 1 pkt. 6) ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających.
4. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
5. Adres poczty elektronicznej oraz strony internetowej Zamawiającego znajdują się w § I niniejszej specyfikacji.
6. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a przyszłym Wykonawcą zamówienia odbywać się będą w złotych polskich. Zamawiający nie przewiduje rozliczeń w walutach obcych.
7. Zamawiający nie przewiduje aukcji elektronicznej.
8. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
9. W przypadku powierzenia realizacji zamówienia podwykonawcom, Wykonawca zobowiązany jest do wskazania w Formularzu Oferty tej części zamówienia, której realizację powierzy podwykonawcy. W przypadku braku takiego oświadczenia Zamawiający uzna iż Wykonawca będzie realizował zamówienie bez udziału podwykonawcy.
10. Zamawiający nie ogranicza możliwości ubiegania się o zamówienie publiczne tylko dla Wykonawców, u których ponad 50% pracowników stanowią osoby niepełnosprawne.
11. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zaliczek na poczet wykonania zamówienia.

**§ 21. POSTANOWIENIA KOŃCOWE:**

W sprawach nieuregulowanych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia mają zastosowanie przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych. W sprawach nie uregulowanych w ustawie Prawo zamówień publicznych, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 380 ze zm.)

**§ 22. ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ:**

- Zał. Nr 1 - Formularz Oferty.
- Zał. Nr 2 - Formularze asortymentowo-cenowe.
- Zał. Nr 3 - Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.
- Zał. Nr 4 - Oświadczenie braku podstaw do wykluczenia z postępowania.
- Zał. Nr 5 - Tabele - Zestawienie Parametrów Technicznych.
- Zał. Nr 6 - Informacja o przynależności grupy kapitałowej.
- Zał. Nr 7 - Oświadczenie Wykonawcy.
- Zał. Nr 8 - Wzór umowy.

Częstochowa, dnia 26 lipca 2016 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 oferty wspólnej\*:

.....  
.....

Adres Wykonawcy: .....

.....

Nr tel. ....

Adres e-mail: ..... @ .....

.....  
FAX na który Zamawiający ma przesłać korespondencję:

## FORMULARZ OFERTY

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

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym **na zakup i dostawę sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych w Częstochowie,**

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

### **CZEŚĆ NR 1\* – Kardiomonitor (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.

### **CZEŚĆ NR 2\* – Łóżko pacjenta (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.

### **CZEŚĆ NR 3\* – Pompy infuzyjne (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.

**CZEŚĆ NR 4\* – Autoklaw (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.)

**CZEŚĆ NR 5\* – Myjnia dezynfektor (4 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.)

**CZEŚĆ NR 6\* – Ssak elektryczny (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.)

**CZEŚĆ NR 7\* – Respirator (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.)

**CZEŚĆ NR 8\* – Inhalator pneumatyczny (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.)

**CZEŚĆ NR 9\* – Defibrylator (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.)

**CZĘŚĆ NR 10\* – Aparat podstawowej analizy laboratoryjnej krwi (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.)

**CZĘŚĆ NR 11\* – Aparat podstawowej analizy laboratoryjnej glukozy (2 szt.)**

za cenę brutto: ..... zł

(słownie: .....)

w tym ..... zł podatku VAT

**Oferujemy ..... \* miesięczny okres gwarancji;**

(UWAGA\*: minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego wynosi 24 miesiące.)

**\* - należy wypełnić w zakresie części, na które zostanie złożona oferta.**

2. **Termin wykonania zamówienia oraz warunki płatności** – zgodne z zapisami przedstawionymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Oferowane przedmioty zamówienia (odpowiednio dla każdej z części) są zgodne z wymaganiami określonymi w tabeli parametrów technicznych stanowiących [Załącznik Nr ... do SIWZ](#).
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
5. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:
  - a) wykonanie: .....
7. Oferta składa się z ..... kolejno ponumerowanych stron.
8. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną częścią są:

.....	-	str. .... oferty
.....	-	str. .... oferty
.....	-	str. .... oferty
.....	-	str. .... oferty
9. Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy kierować do\*:  
Imię i nazwisko .....  
Adres: .....  
Telefon ..... faks .....

....., dnia ..... 2016 r.

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

Informacja dla Wykonawcy:

\* w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące Pełnomocnika Wykonawcy.

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 1**

Przedmiot zamówienia: **Kardiomonitor**

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.	Kardiomonitor	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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



.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 2**

Przedmiot zamówienia: **Łóżko pacjenta**

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 pacjenta	szt.	2							
				<b>Razem:</b>						

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 3**

Przedmiot zamówienia: **Pompa infuzyjna**

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.	Pompa infuzyjna	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 4**

Przedmiot zamówienia: **Autoklaw**

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.	Autoklaw	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 5**

Przedmiot zamówienia: **Myjnia dezynfektor**

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.	Myjnia dezynfektor	szt.	4							
				<b>Razem:</b>						

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 6**

Przedmiot zamówienia: **Ssak elektryczny**

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.	Ssak elektryczny	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 7**

Przedmiot zamówienia: **Respirator**

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.	Respirator	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 8**

Przedmiot zamówienia: **Inhalator pneumatyczny**

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.	Inhalator pneumatyczny	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 9**

Przedmiot zamówienia: **Defibrylator**

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.	Defibrylator	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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



.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 10**

Przedmiot zamówienia: **Aparat podstawowej analizy laboratoryjnej krwi**

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 podstawowej analizy laboratoryjnej krwi	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**CZĘŚĆ NR 11**

Przedmiot zamówienia: **Aparat podstawowej analizy laboratoryjnej glukozy**

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 podstawowej analizy laboratoryjnej glukozy	szt.	2							
<b>Razem:</b>										

....., dnia ..... 2016 r.

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



.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

„WZÓR”

**OŚWIADCZENIE  
O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

art. 22 ust. 1 pkt. 1)-4) ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych  
(tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.)

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w przetargu nieograniczonym na **zakup i dostawę sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych w Częstochowie”**, w imieniu:

.....  
(pełna nazwa Wykonawcy)

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

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

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

„WZÓR”

## **OŚWIADCZENIE**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w przetargu nieograniczonym na **zakup i dostawę sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych w Częstochowie”**, w imieniu:

.....  
(pełna nazwa Wykonawcy)

oświadczam (y), że na dzień składania ofert brak jest podstaw do wykluczenia Mnie/Nas z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2015 poz. 2164).

....., dnia ..... 2016 r.

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

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH Część Nr 1

Przedmiot zamówienia: **Kardiomonitor**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
1.	Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 5 kg	Tak	
2	Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia. Stojak z uchwytem na kółkach	Tak	
3.	Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD, z aktywna matrycą TFT, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 1024x768 pikseli. Podać przekątną ekranu i rozdzielczość.	Tak	
4.	Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej siedmiu różnych krzywych dynamicznych. Określić ilość. Wyprecyzować przykładowe krzywe dynamiczne prezentowane jednocześnie na ekranie.	Tak	
5.	Wszystkie dane numeryczne monitorowanych parametrów wyświetlane jednocześnie na ekranie. Duże czytelne, znaki.	Tak	
6.	Trendy min. 96 h (graficzne i tabelaryczne) z rozdzielczością nie gorszą niż 10 s w całym okresie 96 h	Tak	
7.	Zapamiętywanie co najmniej 12 godzin krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym. Podać	Tak	
8.	Kategorie wiekowe pacjentów: dorośli, dzieci i noworodki.	Tak	
9.	Konwekcyjne chłodzenie kardiomonitora zapewniające pracę bez hałasu i bezawaryjne działanie	Tak	
10.	Alarmy min. trzystopniowe z możliwością zawieszania czasowego i na stałe	Tak	
11.	Zapis w pamięci monitora min. 240 zdarzeń alarmowych z zapisem wszystkich wartości liczbowych oraz 8 fal dynamicznych jednocześnie	Tak	
12.	Ciągły zapis w pamięci kardiomonitora wszystkich monitorowanych wartości liczbowych i jednocześnie 8 monitorowanych fal dynamicznych (tj. 6 odprowadzeń EKG, fali SpO <sub>2</sub> i fali oddechu metodą impedancyjną) z okresu min. 96 h	Tak	
12.	Możliwość konfigurowania i zapamiętywania przez użytkownika min. 12 ekranów (w tym ekran dużych cyfr)	Tak	
13.	Wbudowane złącze RJ-45	Tak	
14.	Wbudowane złącze USB do przenoszenia wszystkich danych (wszystkich wartości cyfrowych i wszystkich krzywych dynamicznych) z min. 96 godzinnej pamięci kardiomonitora na Pendrive w celu odczytu i archiwizacji tych danych w komputerze użytkownika.	Tak	
15.	Niezależny, wbudowany moduł EKG/ST/Arytm/Resp - monitorowanie z kabla 3 żyłowego - zakres częstości akcji serca: min. 15-300 1/min - obserwacja 6 odprowadzeń EKG jednocześnie z kabla 3 żyłowego	Tak	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- możliwość wyboru 1 z 5 dostępnych prędkości dla fal EKG</li> <li>- detekcja stymulatora serca ze znacznikiem w kanale ekg i sygnalizacją dźwiękową</li> <li>- analiza odcinka ST z 6 odprowadzeń jednocześnie z kabla 3 żyłowego</li> <li>- analiza co najmniej 18 arytmii</li> <li>- respiracja metodą impedancyjną</li> <li>- częstość oddechu w zakresie min. 0-150 /min</li> <li>- alarm bezdechu w zakresie min. od 5 do 50 s</li> <li>- prezentacja fali oddechu</li> <li>- wybór elektrod do detekcji oddechu (szczytami płuc lub przeponą) bez konieczności przepinania kabla EKG</li> <li>- wyposażenie: kabel EKG 3 żyłowy dla dorosłych</li> </ul>		
16.	<p>Niezależny, wbudowany moduł SpO2 odporny na niską perfuzję i artefakty ruchowe typu Nellcor OxiMax</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prezentacja krzywej pletyzmograficznej</li> <li>- wartość saturacji w zakresie min. 1-100%</li> <li>- tętno obwodowe w zakresie min. 20-300 bpm</li> <li>- możliwość ustawienia przez użytkownika: wysokiej czułości pomiarowej SpO2 oraz opóźnienia alarmu</li> <li>- aktywowana przez użytkownika funkcja wyłączania alarmu saturacji i tętna obwodowego w momencie pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego</li> <li>- wyposażenie: przedłużacz i wielorazowy czujnik saturacji typu klips na palec dla dorosłych i dziecko</li> </ul>	Tak	
17.	<p>Niezależny, wbudowany moduł nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zakres min. 15-250 mmHg</li> <li>- pomiar automatyczny w min. zakresie od 1 do 480 min</li> <li>- pomiar na żądanie</li> <li>- pomiar wartości pulsu z mankietu z prezentacją na ekranie</li> <li>- pomiar i jednoczesna prezentacja ciśnienia skurczowego, średniego i rozkurczowego</li> <li>- możliwość wstępnego ustawiania górnego zakresu pompowania przez użytkownika</li> <li>- szybki dostęp do min. 15 ostatnich pomiarów z menu ciśnienia z informacją o wartościach ciśnienia i czasie pomiaru</li> <li>- wyposażenie do modułu: wężyk i 2 mankiety dla dorosłych</li> </ul>	Tak	
18.	<p>Możliwość rozbudowy o ciśnienie krwawe w 1, 2, 3 i 4 kanałach, temperaturę w 1 i 2 kanałach, pomiar kapnometrii w głównym i bocznym strumieniu, pomiar rzutu serca metodą termodylucji, pomiar rzutu serca metodą kardiografii impedancyjnej (ICG), analizator gazów anestetycznych, funkcję przywoływania pielęgniarki, rejestrator termiczny z jednoczesnym wydrukiem 6 odprowadzeń ekg</p>	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
19.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Podać	
20.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2016	TAK	
21.	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	
22.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
23.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.	TAK	
24.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
25.	Zakup części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
26.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co	TAK	

	najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.		
27.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń	TAK	
28.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
29.	Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	TAK	
30.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń.	TAK	
31.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów**

....., dnia ..... 2016 r.

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



## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH Część Nr 2

Przedmiot zamówienia: **Łóżko pacjenta**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	<b>Łóżko pacjenta</b>	Podać /model typ/	
	<b>Producent</b>	Podać	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	Podać	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	Tak	
1.	zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka	Tak	
2.	Łóżko wyposażone w akumulator z sygnalizacją jego naładowania	Tak	
3.	długość zewnętrzna łóżka – 2150mm (+/- 50mm)	Podać	
4.	szerokość zewnętrzna łóżka z zamontowanymi barierkami – 950mm (+/-50mm).	Podać	
5.	Leże łóżka 4 – sekcyjne, w tym 3 segmenty ruchome. Leże wypełnienie panelami tworzywowymi. Panele gładkie, łatwo demontowalne bez użycia narzędzi, lekkie nadające się do dezynfekcji. Leże każdego łóżka przystosowane do montażu barierki bocznej oraz protektorów zabezpieczających pacjenta na całej długości leża	Tak	
6.	Szczyty łóżka tworzywowe, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu i stracenia kontroli nad łóżkiem	Tak	
7.	sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy: Pilota przewodowego dla pacjenta z podświetlanymi przyciskami i latarką Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku. Możliwość umieszczenia panelu w półce na pościel	Tak	
8.	regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 350 mm do 750 mm (+/- 30mm), gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka	Tak	
9.	regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70 <sup>0</sup> (+/-5 <sup>0</sup> )	Tak, Podać	

10.	regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 34 <sup>0</sup> (+/- 5 <sup>0</sup> )	Tak, Podać	
11.	regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków na pilocie dla pacjenta i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak, Podać	
12.	Funkcja autoregresji niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie pleców: min.9cm, w segmencie uda: min.5cm.	Tak, Podać	
13.	Funkcja Ergoframe (zaawansowana autoregresja) system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4.	Tak	
14.	regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 15 <sup>0</sup> – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
15.	regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 15 <sup>0</sup> – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	Podać	
16.	Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Podać	
17.	Regulacja elektryczna do pozycji antyszokowej – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
18.	Regulacja elektryczna funkcji CPR – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
19.	Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji: - regulacji wysokości - regulacji części plecowej - regulacji części nożnej Elektroniczne wskaźniki informujące o zablokowanych, aktywnych funkcjach łóżka na panelu sterowniczym i pilocie pacjenta	Tak	
20.	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji . Przyciski aktywacji dostępne w sterowaniu: na panelu i pilocie	Tak	
21.	Odłączenie wszelkich regulacji po 180 sekundach nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji)	Tak	
22.	Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze.	Tak	

23.	Mechaniczna funkcja CPR	Tak	
	Koła z możliwością centralnego blokowania oraz uzyskania blokady kierunkowej. Dźwignie hamulca w części nożnej łóżka	Tak	
24.	Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 230kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego. System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia.	Tak	
25.	regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 15° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
26.	regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 15° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	Tak	
<b>WYPOSAŻENIE</b>			
27.	<b>Barierki boczne</b> metalowe lakierowane składane wzdłuż ramy leża o wysokości min 450mm. Barierki wyposażone w uchwyt z system blokady umożliwiającym odblokowywanie, składanie i rozkładanie za pomocą jednej ręki. Mechanizm wbudowany w górną poprzeczkę barierki – do wszystkich łóżek <b>Materac</b> o grubości 100mm wykonany z piany poliuretanowej. Materac w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze – do wszystkich łóżek <b>Listwa</b> z miejscem na zawieszanie worków urologicznych do wszystkich łóżek <b>Szafka przyłóżkowa opisana poniżej:</b>	Tak	
28.	Montaż i szkolenie pracowników	TAK	
<b>SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA PACJENTA</b>			
	<b>Producent</b>	Podać	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	Podać	
	<b>Rok produkcji – fabrycznie nowe</b>	Tak	
29.	Szafka przyłóżkowa z możliwością ustawienia z prawej lub lewej strony łóżka	Tak	
30.	Konstrukcja szafki lekka, kontenerowa wykonana z tworzywa sztucznego	Tak	
31.	Szerokość całkowita: 500 mm (+/- 30 mm) Długość całkowita: 480 mm (+/-30 mm) Wysokość całkowita: 825 mm (+/-30 mm)	Podać	
32.	Błat szafki wykonany z tworzywa	Podać	
33.	Czoła szuflad i drzwiczek wyposażone w zaokrąglone uchwyty nie wystające poza obrys szafki	Tak	
34.	Uchwyty do otwierania drzwiczek i szuflady pokryte antybakteryjną powłoką z miedzi -antybakteryjność potwierdzona certyfikatem CU+	Tak	
35.	Szafka wyposażona w cztery koła o śr. min. 50 mm , w tym 2 z blokadą	Tak	
36.	Montaż i szkolenie pracowników	Tak	
37.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
38.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami	TAK	

	części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji		
39.	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	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów**

....., dnia ..... 2016 r.

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

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

### Część Nr 3

Przedmiot zamówienia: **Pompa infuzyjna**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	<b>Producent</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	<b>Tak</b>	
1.	Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiającą współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi - udokumentowana działającymi instalacjami.	Tak	
2.	Strzykawka automatycznie mocowana od przodu	Tak	
3.	Możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego	Tak	
4.	Możliwość zatrzaskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą	Tak	
5.	Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub stacji dokującej	Tak	
6.	Masa pompy maksymalnie do 1,8 kg.	Tak	
7.	Wymiary maks. 280 x 80 x 170 mm (szer. x wys. X gł.)	Tak	
10.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na minimum 3 poziomach	Tak	
12.	Dokładność mechaniczna $\ll \pm 0,5\%$	Tak	
14.	Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany	Tak	
15.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji	Tak	
16.	Różne tryby infuzji: programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki.	Tak	
17.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	Tak	
18.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów	Tak	
19.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.	Tak	
20.	Prędkości bolusa min:	Tak	
	dla strzykawki o poj.3ml =1-150 ml/h	Tak	
	dla strzykawki o poj.5ml =1-300 ml/h	Tak	

	dla strzykawki o poj.10ml =1-500 ml/h	Tak	
	dla strzykawki o poj.20ml =1-800 ml/h	Tak	
	dla strzykawki o poj.30ml =1-1200 ml/h	Tak	
	dla strzykawki o poj.50/60ml =1-1800 ml/h	Tak	
21.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały.	Tak	
22.	Biblioteka Leków zawierająca 500 leków z możliwością podzielenia na min.15 grup.	Tak	
23.	Czujnik zmian ciśnienia w linii - okluzji i rozłączenia linii bez konieczności stosowania specjalnych drenów	Tak	
24.	Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max;limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji.	Tak	
25.	Kabel łączący do centrali przywołania personelu	Tak	
26.	Menu w języku polskim	Tak	
27.	Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej.	Tak	
28.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1-9999 ml	Tak	
29.	Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 99:59 godzin	Tak	
30.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy.	Tak	
31.	Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb TCI	Tak	
32.	Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA i PCEA	Tak	
33.	Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli np.RS232.	Tak	
34.	Opcjonalna możliwość bezprzewodowej komunikacji pomp poza stacją dokującą z komputerem.	Tak	
35.	Funkcja płynnego automatycznego przejmowania infuzji przez kolejną pompę natychmiast po zakończeniu infuzji w poprzedniej	Tak	
36.	Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki	Tak	
37.	Alarm ciśnienia okluzji minimum 6 poziomów.	Tak	
38.	Uchwyt uniwersalny umożliwiający mocowanie minimum 3 pomp		
39.	Zasilacz zewnętrzny dla pomp		
<b>Pozostałe wymagania</b>			
<b>Stacja dokująca - moduł</b>			
40.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	TAK	
41.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2016	TAK	
42.	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	
43.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
44.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	

45.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
46.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
47.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
48.	Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy	TAK	
49.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
50.	Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	TAK	
51.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	TAK	
52.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów**

....., dnia ..... 2016 r.

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

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH Część Nr 4

Przedmiot zamówienia: **Autoklaw**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	<b>Producent</b>	Podać	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	Podać	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	Tak	
1.	Urządzenie fabrycznie nowe – rok produkcji 2015 lub 2016	Tak	
2.	Pozioma przelotowa komora sterylizacyjna	Tak	
3.	Drzwi otwierane w płaszczyźnie pionowej lub poziomej, oraz zamykane automatycznie.	Tak	
4.	Pojemność sterylizatora minimum 40litrów	Tak, podać	
5.	Maksymalne wymiary: +/-20% - szerokość: 60 cm - głębokość: 90 cm - wysokość: 170 cm.	Tak,	
6.	Waga całkowita urządzenia wraz z komorą wypełnioną wodą (próba wodna) nie większa niż 650 kg	Tak	
7.	Ergonomiczna wysokość załadunku w zakresie: max. 95 cm	Tak	
8.	Wbudowana wytwornica pary.	Tak	
9.	Zasilanie z sieci elektroenergetycznej 3 x 400 VAC 50 Hz.	Tak	
10.	Maksymalna moc zasilania – 10 Kw	Tak, podać	
11.	Programy sterylizacji parowej (134°C i 121°C) w tym program szybki.	Tak, podać	
12.	Program sterylizacji szybkiej - max. czas 20 minut	Tak	
13.	Programy testowe (Bowie Dick i Test Szczelności).	Tak	
14.	Prezentacja w czasie rzeczywistym parametrów aktualnego procesu na ekranie sterownika, w tym: - nazwy aktualnego procesu oraz fazy, - aktualnych parametrów ciśnienia i temperatury - czasu do końca procesu	Tak	
15.	Komunikaty na ekranie sterownika oraz napisy/opisy umieszczone na urządzeniu w języku polskim.	Tak	
16.	Alarmy i komunikaty ostrzegawcze wyszczególnione na ekranie sterownika oraz na wydruku z wbudowanej drukarki prezentowane w języku polskim.	Tak	
17.	Pomiar ciśnienia w komorze niezależny od ciśnienia atmosferycznego.	Tak	



18.	Manometr ciśnienia w komorze sterylizatora	Tak	
19.	Zabezpieczenie programowalnych danych przed skasowaniem w przypadku zaniku napięcia zasilającego.	Tak	
20.	Wydruk parametrów procesu – wbudowana drukarka.	Tak	
21.	Komora, orurowanie i panele wykonane ze stali kwasoodpornej.	Tak	
22.	Komora wykonana w sposób umożliwiający łatwe przeprowadzenie czynności konserwacji i utrzymania czystości: - kanał uszczelki wykonany w sposób nie przewężający światła komory	Tak	
23.	Zgodność z dyrektywą 97/23/EC dotyczącą urządzeń ciśnieniowych dla elementów ciśnieniowych oferowanego urządzenia, potwierdzona certyfikatem CE	Tak	
24.	Posiadanie przez urządzenie deklaracji CE potwierdzone przez jednostkę notyfikowaną w krajach UE wymienioną w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej	Tak	
<b>WYPOSAŻENIE</b>			
25.	Kosz sterylizacyjny o wielkości 1 jednostki wsadu. Wykonane ze stali kwasoodpornej minimum 1 szt.	Tak	
26.	Wbudowany system uzdatniania wody metodą odwróconej osmozy (RO)	Tak	
27.	Wbudowana sprężarka powietrza.	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
28.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Tak	
29.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2016	Tak	
30.	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	
31.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 3 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 10 dni roboczych.	Tak	
32.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	Tak	
33.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	Tak	
34.	Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń	Tak	
35.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	Tak	
36.	Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	Tak	
37.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	Tak	
38.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	Tak	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.**

....., dnia ..... 2016 r.

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

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH Część Nr 5

Przedmiot zamówienia: **Myjnia dezynfektor**

Ilość: **4 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	<b>Producent</b>	Podać	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	Podać	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	Tak	
1.	Fabrycznie nowe (rok produkcji 2016) urządzenie przeznaczone do opróżniania, mycia, dezynfekcji i suszenia basenów szpitalnych, kaczek i pojemników na mocz, misek do mycia chorych i innych szpitalnych naczyń sanitarnych.	TAK	
2.	Model stojący na posadzce wykonany ze stali nierdzewnej z przyciskami sterującymi na panelu sterującym umiejscowionym na frontowej ścianie urządzenia.	TAK	
3.	Ładowanie od frontu. Drzwi uchylne, na przedniej ścianie urządzenia, otwierane i zamykane ręcznie bez oporów przy zamykaniu i otwieraniu, wysokość otworu drzwiowego nie mniejsza niż 37 cm umożliwiającą mycie basenów z długą rączką	TAK	
4.	Ergonomiczny uchwyt do otwierania drzwi niewystający poza linię obudowy urządzenia	TAK	
5.	Blokada drzwi podczas trwania procesu – zabezpieczenie przed otwarciem drzwi podczas przebiegu mycia i dezynfekcji oraz podczas przerw w zasilaniu	TAK	
6.	Wbudowana wytwornica pary. Dezynfekcja termiczna zgodnie z normą PN EN ISO 15883-3	TAK	
7.	Możliwość ustawienia dezynfekcji termicznej na poziomie A <sub>0</sub> 3000 osiąganego w czasie 2.5 minuty	TAK	
8.	Temperatura dezynfekcji kontrolowana przez co najmniej dwa niezależne od siebie czujniki temperatury umieszczone na spodzie komory myjąco-dezynfekującej	TAK	
9.	Zbiornik na wodę oraz komora mycia wykonane ze stali nierdzewnej, komora mycia bez spoin, głęboko tłoczona z nachyleniem sufitu pozostająca czysta po każdym cyklu	TAK	
10.	Minimalna pojemność komory dla uchwytu standardowego: 1 basen z pokrywką i 1 kaczka lub 3 kaczki. Możliwość szybkiej wymiany i stosowania	TAK	

	uchwyty specjalistycznych		
11.	Opróżnianie naczyń przy zamykaniu drzwi	TAK	
12.	System min.12 dysz strumieniowych i rotacyjnych zapewniający dużą efektywność czyszczenia, niezależnie od zmian ciśnienia wody zasilającej w tym główna dysza rotacyjna oraz 7 dysz obrotowych.	TAK	
13.	Wydajność pompy wody w zakresie od 60 do 90 litrów/min., moc pompy w zakresie od 0.4 do 0.6 kW. Objętość komory 64 l ± 1 l.	TAK	
14.	Drzwi komory wyposażone w uszczelkę z trwałego tworzywa sztucznego uniemożliwiającą wydobywanie się pary z urządzenia w czasie trwania procesu. Urządzenie wyposażone w system odprowadzający parę do kanalizacji.	TAK	
15.	Mikrokomputerowe sterowanie pracą urządzenia z możliwością rejestracji przebiegu cykli	TAK	
16.	Ergonomiczny ekran wyświetlający wartość A <sub>0</sub> podczas procesu dezynfekcji oraz informacje niezbędne do obsługi i kontroli urządzenia w języku polskim	TAK	
17.	Optyczne i akustyczne informacje o usterkach	TAK	
18.	Programy dla mniej i bardziej zabrudzonych przedmiotów, poddawanych procesowi mycia i dezynfekcji. Minimum 3 programy standardowe	TAK	
19.	Wymiary zewnętrzne +/- 5% Szerokość : 500 mm. 12. Głębokość : 450 mm. Wysokość : 1700 mm	TAK	
20.	Maksymalne zużycie wody na cykl: program oszczędny do 13 litrów program normalny do 20 litrów program intensywny do 25 litrów	TAK	
21.	Maksymalny poziom wytwarzanego hałasu: 50 dB	TAK	
22.	Urządzenie wyposażone w opcję przechodzenia na „stan czuwania” umożliwiający zmniejszenie zużycia energii	TAK	
23.	Urządzenie wyposażone w automatyczne, mechaniczne schładzanie i suszenie naczyń strumieniem powietrza poprzez filtr HEPA, tzn. po zakończonym cyklu pracy naczynia sanitarne poddawane temu procesowi mają być schłodzone, suche, bez skroplin wody na powierzchni i wewnątrz naczyń tj. suszenie ma być zgodne z definicją suszenia określoną normą PN EN ISO 15883-1	TAK	
24.	Zasilanie z 1-fazowej sieci elektroenergetycznej 230V 50Hz max 2.7 kW lub 3-fazowej sieci elektroenergetycznej 400 V 50 Hz max 4.6 kW.	TAK	
25.	Podłączenie zimnej i ciepłej wody ½ cala. Izolacja od sieci wodociągowej zgodnie z europejską normą DIN/EN 1717 z przerwą powietrzną typu AA	TAK	
26.	Zbiornik na wodę wykonany ze stali nierdzewnej o pojemności 10l wyposażony w regulację poziomu wody, opróżniany automatycznie po zakończeniu programu.	TAK	
27.	Urządzenie wyposażone w dwie lance ssące do automatycznego dozowania środka odkamieniająco-nabłyszczającego. Kontrola obecności środka chemicznego.	TAK	

28.	Podłączenie odpływu ścienne lub podłogowe 100 Ø	TAK	
29.	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą urządzenia).	TAK	
30.	Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi	TAK	
31.	Zgodność urządzenia z normą PN EN ISO 15883-1 i PN EN ISO 15883-3 potwierdzona certyfikatem niezależnej instytucji.	TAK	
32.	Zagwarantowana dostępność serwisu, części zamiennych przez 15 lat od daty zainstalowania.	TAK	
33.	Możliwość przeprowadzenia walidacji procesu dezynfekcji termicznej potwierdzonej wydrukiem	TAK	
34.	Dostępność autoryzowanego serwisu potwierdzona certyfikatem producenta	TAK	
	<b>WYPOSAŻENIE</b>	TAK	
35.	Basen szpitalny plastikowy odporny na działanie wysokich temperatur oraz środków dezynfekcyjnych z przykrywką 5 szt.	TAK	
36.	Kaczka plastikowa odporna na działanie wysokich temperatur oraz środków dezynfekcyjnych z zamknięciem 5 szt.	TAK	
	Środek odkamieniająco – nabłyszczający – 1 pojemnik 5 l	TAK	
	Środek myjąco - dezynfekujący – 1 pojemnik 5 l	TAK	
	Regał lub półka ze stali nierdzewnej umożliwiająca ułożenie co najmniej 10 sztuk basenów , kaczek	TAK	
37.	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	
38.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
39.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.**

....., dnia ..... 2016 r.

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

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

### Część Nr 6

Przedmiot zamówienia: **Ssak**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	<b>Producent</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	<b>Tak</b>	
1.	Ssak do użytku na oddziałach szpitalnych, w intensywnym nadzorze, w salach operacyjnych, transporcie.	Tak	
2.	Zbiornik bezpieczeństwa	Tak	
3.	Rurka łącząca zbiornik bezpieczeństwa ze zbiornikiem podstawowym	Tak	
4.	Minimum 1-litrowy zbiornik podstawowy, nietłukący (z poliwęglanu) z pokrywą z zabezpieczeniem przed przelaniem	Tak	
5.	Uchwyt zbiornika	Tak	
6.	Uchwyt na przewód ssący	Tak	
7.	Przewód ssący silikonowy z zaworem zatrzymującym ssanie minimum 1,5m	Tak	
8.	Stojak jezdny minimum 3 kołowy	Tak	
9.	Kabel zasilający o długości min. 2m	Tak	
10.	Ładowanie akumulatora ok. 4h lub krócej od 0% do 100%		
	<b>CHARAKTERYSTYKA PRACY SSAKA</b>	Tak	
11.	Wydajność od 15l/min do 20l/min	Tak	
12.	Max. Podciśnienie do 80kPA	Tak	
13.	Poziom hałasu poniżej 40dB	Tak	
14.	Wymiary (szerokość; wysokość; głębokość) 310 x 240 x 190 mm	Tak	
15.	Waga nie większa niż 5kg	Tak	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
16.	Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,	Podać	
17.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2015 lub 2016	TAK	
18.	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	
19.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
21.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju	TAK	

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

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.**

....., dnia ..... 2016 r.

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

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**  
**Część Nr 7**

Przedmiot zamówienia: **Respirator**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

**WYMAGANIA TECHNICZNE**



Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	<b>Producent</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	<b>Tak</b>	
1.	Respirator do długotrwałej wentylacji pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia powietrzem z otoczenia oraz z dodatkiem tlenu.	Tak	
2.	Respirator dla pacjentów o wadze powyżej 10 kg	Tak	
3.	Respirator do inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji kontrolowanej i wspomaganej	Tak	
4.	Respirator na podstawie jezdnej z uchwytem na butlę O <sub>2</sub> ;	Tak	
5.	Waga respiratora max. 5,5 kg	Tak	
6.	Zasilanie podstawowe z sieci elektrycznej 230V, 50 Hz oraz zasilanie z własnego akumulatora na min. 60 min.	Tak	
7.	Możliwość zasilania tlenem z sieci szpitalnej lub koncentratora tlenu	Tak	
8.	Wyposażony we własne, niezależne od sieci centralnej źródło powietrza medycznego (kompresor)	Tak	
9.	Respirator przystosowany do pracy z nawilżaczem aktywnym lub wymiennikiem wilgoci typu FHME ("sztuczny nos")	Tak	
10.	Typy i tryby wentylacji	Tak	
11.	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV	Tak	
12.	Możliwość wentylacji ciśnieniowo kontrolowanej z ustawieniem gwarantowanej objętości oddechu.	Tak	
13.	SIMV –VCV Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona z oddechami wymuszonymi objętościowo kontrolowanymi	Tak	
14.	Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP / CPAP	Tak	
15.	Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana PCV	Tak	
16.	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BIPAP, BiLevel.	Tak	
17.	Wentylacja objętościowo kontrolowana VCV	Tak	
18.	Wentylacja przy bezdechu uruchamiana automatycznie	Tak	
	Kompensacja przecieku do 180 l/min	Tak	
•	Parametry regulowane	Tak	
•	Częstość oddechów w zakresie min. 6 - 40 1/min (podać)	Tak	
•	Objętość pojedynczego oddechu przy wentylacji objętościowo kontrolowanej w zakresie min 100 - 2000 ml (podać)	Tak	
•	Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakresie min. 10 - 50 mbar (podać)	Tak	
•	Ciśnienie wspomagania PSV w zakresie min. 5 - 30 mbar (podać)	Tak	
•	Ciśnienie PEEP / CPAP w zakresie min. 5 - 20 mbar (podać)	Tak	
•	Czas wdechu w zakresie min. 0,4 – 6,0 sek. (podać)	Tak	
•	Regulacja podawanego stężenia tlenu w zakresie 21-100%	Tak	
•	Parametry monitorowane	Tak	
•	Aktualnie prowadzony tryb wentylacji	Tak	
•	Rzeczywista całkowita częstość oddychania	Tak	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.**

....., dnia ..... 2016 r.

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

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH Część Nr 8

Przedmiot zamówienia: **Inhalator pneumatyczny**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
<b>Wymagania ogólne</b>			
1.	Inhalator pneumatyczny do pracy ciągłej i okresowej	TAK	
2.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2016	TAK	
3.	Inhalator pneumatyczny dla dorosłych i dzieci o wadze nie większej niż 2 kg	TAK	
4.	Możliwość inhalacji ciągłej lub okresowej dla terapii aerozolowej	TAK	
5.	Inhalator umożliwiający nebulizację: -szybkość nebulizacji minimum 0,55ml/min -wchłanianość leków min. 1,8 mikrometra (NaCl); min. 4,17mikrometra pozostałe -przepływ powietrza w nebulizatorze min. 3,3 l/min	TAK	
6.	Przepływ powietrza w kompresorze min. 7,5 l/min	TAK	
7.	Poziom głośności pracy inhalatora nie więcej niż 55 dBA	TAK	
8.	Pojemność nebulizatora min. 15ml	TAK	
9.	Moc pobierania ok. 65W	TAK	
10.	Maksymalne ciśnienie 250 kPa	TAK	
11.	Wymiary inhalatora : 106×198×233 mm +/-10%	TAK	
12.	Czas pracy ciągłej inhalatora min. 2000 godzin bez wyłączenia	TAK	
<b>INNE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE</b>			
13.	Kompresor 1 szt	TAK	
14.	Nebulizator 1 szt	TAK	
15.	Maska dla dorosłych min. 1 sztuka; maska pediatryczna min. 1 sztuka	TAK	
16.	Ustnik 1 sztuka	TAK	
17.	Końcówka do nosa 1sztuka	TAK	
18.	Przewód łączący min. 2 metrowy	TAK	
19.	Zapasowy filtr min.1szt	TAK	

20.	Torba na inhalator 1 szt.	TAK	
21.	Gwarancja min. 60 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	
22.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
23.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	
24.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
25.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	TAK	
26.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.**

....., dnia ..... 2016 r.

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

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

### Część Nr 9

Przedmiot zamówienia: **Defibrylator**  
Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymagań
	<b>Producent</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	<b>Tak</b>	
1.	Defibrylator dwufazowy	TAK	
2.	Rok produkcji: 2015 lub 2016	TAK	
3.	Defibrylacja dorosłych i dzieci	TAK	
4.	Dwufazowa fala defibrylacji	TAK	
5.	Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J	TAK	
6.	Energia dostępna na min. 19 poziomach	TAK	
7.	Czas ładowania do pełnej energii mniej niż. 9 sek.	TAK	
8..	Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i mniejsze łyżki dla dzieci	TAK	
9.	Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja) Możliwość wykonania kardiowersji także bez kabla ekg (wtedy odczyt sygnału EKG do synchronizacji z łyżek twardych defibrylatora) oraz zapewniona możliwość wykonania kardiowersji z wykorzystaniem kabla ekg 3 żyłowego	TAK	
10.	Kolorowy ekran o przekątnej min. 6 cali, LCD TFT z aktywną matrycą, rozdzielczość ekranu nie gorszej niż 640 x 480 pikseli	TAK	
11.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
12.	Zasilanie z sieci 230 V/50Hz i z akumulatora wewnętrznego. Możliwość min. 90-cio minutowego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego. Nieograniczone w czasie monitorowanie i nieograniczone co do liczności defibrylacje z zasilania sieciowego.	TAK	
13.	Masa samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami (defibrylacja, kardiowersja, EKG/Resp, rejestrator) wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych poniżej 7 kg	TAK	
14.	Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości $\geq$ 50mm, Wyposażenie do rejestratora: 2 rolki papieru termicznego	TAK	

15.	EKG Monitorowanie EKG poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający jednoczesną obserwację 6 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVr, aVI, aVf). Możliwość monitorowania także odprowadzenia przedsercowego V po zakupie kabla ekg min. 5 żyłowego Min. 5 wartości wzmocnienia dla 1mV: x0,25; x0,5; x1; x2; x4 Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany przynajmniej w min. zakresie pomiarowym od 15 do 300 uderzeń/min Wyposażenie: kabel ekg min. 3 żyłowy	TAK	
16.	Pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 5-150 oddechów/min z prezentacją krzywej oraz z alarmem bezdechu w zakresie min. 5-50 s	TAK	
17.	Alarmy wizualne i dźwiękowe z możliwością ich zawieszania i wyłączania dla EKG i Resp. Możliwość dowolnego ustawiania wszystkich granic alarmowych przez użytkownika.	TAK	
18.	Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali ekg, i fali oddechu z ostatnich min. 6 godzin monitorowania oraz min. 800 zdarzeń defibrylatora z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika	TAK	
19.	Zapewnienie możliwości wykonania defibrylacji testowej przy użyciu łyżek twardych z wydrukiem wydatkowanej energii bez zewnętrznych testerów (tester wbudowany w defibrylator)	TAK	
20.	Funkcja autotestu: defibrylator załącza się, testuje, drukuje raport z autotestu i się wyłącza. Użytkownik ma możliwość ustawienia godziny autotestu.	TAK	
21.	Możliwość rozbudowy o nieinwazyjny pomiar ciśnienia, saturację i funkcję stymulacji przezskórnej	TAK	
<b>PODAĆ INNE FUNKCJE I AKCESORIA OFEROWANE W CENIE</b>			
24.	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	
25.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
26.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	
27.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
28.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
29.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
30.	Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy	TAK	
31.	Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	Podać	
32.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
33.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	TAK	
34.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.**

....., dnia ..... 2016 r.

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

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH Część Nr 10

Przedmiot zamówienia: **Aparat podstawowej analizy laboratoryjnej krwi**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

### WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymagań
	<b>Producent</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	<b>Tak</b>	
1.	Analizator do ilościowego określania całkowitego stężenia hemoglobiny w krwi pełnej	Tak	
3.	Urządzenie pracujące na zasilaczu sieciowym lub 4 bateriach 1,5 V typu AA	Tak	
4.	Czas pomiaru 15-60 sekund	Tak	
5.	Objętość próbki 10 µl	Tak	
6.	Analizator pracujący w oparciu o mikrokuwety zawierające liofilizowane odczynniki	Tak	
7.	Zakres pomiarowy 0-256 g/L (0-25,6 g/dL, 0-15,9 mmol/L)	Tak	
8.	Reakcja chemiczna pozwalająca na ilościowe oznaczenie hemoglobiny jest zmodyfikowaną reakcją azydomethemoglobinową	Tak	
9.	Analizator skalibrowany fabrycznie według międzynarodowej metody referencyjnej do oznaczania stężenia hemoglobiny, ICSH. Nie wymagający dodatkowych kalibracji	Tak	
10.	Możliwość pomiaru w krwi włośniczkowej, tętniczej, żyłnej	Tak	
11.	Analizator ma wbudowaną opcję wewnętrznej procedury kontroli jakości – procedurę autotestu. Po każdym włączeniu analizatora automatycznie sprawdzana jest wydajność pracy układu optoelektronicznego	Tak	
12.	Pamięć 600 wyników pacjenta	Tak	
13.	Możliwość podłączenia drukarki ASCII	Tak	
14.	Mikro kuwety jednorazowe 100szt.		
<b>Pozostałe wymagania</b>			
15.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2016	TAK	



16.	Gwarancja min. 24 miesiące, od daty przekazania do eksploatacji potwierdzonego protokołem przekazania, 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	
17.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
18.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	
19.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
20.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
21.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
22.	Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy	TAK	
23.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
24.	Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury.	TAK	
25.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	TAK	
26.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.**

....., dnia ..... 2016 r.

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

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**  
**Część Nr 11**

Przedmiot zamówienia: **Aparat podstawowej analizy laboratoryjnej glukozy**

Ilość: **2 sztuki**

Producent: .....

Nazwa-model/typ: .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: .....

WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	<b>Producent</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Kraj pochodzenia</b>	<b>Podać</b>	
	<b>Rok produkcji fabrycznie nowe</b>	<b>Tak</b>	
1.	Analizator do określania całkowitej zawartości glukozy we krwi pełnej	Tak	
2.	Urządzenie pracujące na zasilaczu sieciowym lub 4 bateriach 1,5 V typu AA lub R6	Tak	
3.	Czas pomiaru 40-240 sekund	Tak	
4.	Objętość próbki max 5 µl	Tak	
5.	Analizator pracujący w oparciu o mikrokuwety zawierające liofilizowane odczynniki, mikrokuwety jednorazowe 100szt.	Tak	
6.	Zakres pomiarowy we krwi pełnej 0-400 mg/dL (0-22,2 mmol/L)	Tak	
7.	Reakcja chemiczna pozwalająca na ilościowe oznaczenie glukozy jest zmodyfikowaną metodą wykorzystującą dehydrogenazę glukozową	Tak	
8.	Możliwość pomiaru w krwi włosniczkowej, tętniczej, żyłnej	Tak	
9.	Analizator ma wbudowaną opcję wewnętrznej procedury kontroli jakości – procedurę autotestu. Po każdym włączeniu analizatora automatycznie sprawdzana jest wydajność pracy układu optoelektronicznego	Tak	
10.	Pamięć 600 wyników pacjenta	Tak	
11.	Możliwość podłączenia drukarki ASCII	Tak	
<b>Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie,</b>			
12.	Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2016	TAK	
13.	Gwarancja min. 24 miesiące, od daty przekazania do eksploatacji potwierdzonego protokołem przekazania, obejmująca cały system z wykonaniem co najmniej dwóch	TAK	

	przeeglądów okresowych (jeden na rok lub częściej wg zaleceń producenta) w czasie jej trwania z wykorzystaniem tzw. zestawów przeeglądowych.		
14.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	TAK	
15.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	
16.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
17.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat,	TAK	
18.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
19.	Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy	TAK	
20.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
21.	Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeeglądów dostarczonej aparatury.	TAK	
22.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	TAK	
23.	Nieodpłatne przeeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim z określeniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.**

....., dnia ..... 2016 r.

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

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

„WZÓR”

### **Informacja o przynależności do grupy kapitałowej**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w przetargu nieograniczonym na **zakup i dostawę sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych w Częstochowie”**, w imieniu:

.....  
(pełna nazwa Wykonawcy)

Informuję, 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 ..... 2016 r.

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

\* niepotrzebne skreślić

\* należy wypełnić pkt. 1 **lub** pkt. 2,

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

## **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w przetargu nieograniczonym na **zakup i dostawę sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych w Częstochowie**, w imieniu::

.....  
(pełna nazwa Wykonawcy)

**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. 2015, poz. 876), spełnia wymagania zasadnicze oraz jest wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z przepisami tej ustawy.

**2. W przypadku podpisania umowy:**

- 1) kserokopie stosownych dokumentów wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2015, poz. 876), potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez uprawnione osoby tj.:

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 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2015 r., poz. 876)

Certyfikat Zgodności wyrobu wydany przez jednostkę notyfikowaną, jeżeli oferowany przedmiot zamówienia został zaliczony do jednej z klas, o których mowa w art. 29 ust. 5 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych;

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

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

....., dnia ..... 2016 r.

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

**UMOWA Nr DAZ.26.071.2016 r. – Wzór umowy**

zawarta w dniu ..... .. 2016 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:

**lek. med. Barbara Magnuszewska-Pankiewicz - Dyrektor Szpitala**

a

.....  
REGON: .....; NIP: .....

zwanym dalej „WYKONAWCĄ”

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

**§1**

1. Przedmiotem umowy jest **zakup i dostawa sprzętu medycznego w ramach zadania pn. „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych”** realizowany w ramach dotacji celowej przeznaczonej na dofinansowanie zadania inwestycyjnego pn: „Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie celem utworzenia dwóch boksów Meltzera dla potrzeb chorych wysoce zakaźnych”, 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 5 do SIWZ, stanowiący odpowiednio Załącznik Nr ... do niniejszej umowy.
3. Wykonawca oświadcza, że zaoferowany przedmiot zamówienia posiada aktualne dokumenty dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 876).
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 2015 r., poz. 876), o których mowa w Załączniku Nr 7 do SIWZ, stanowiącym odpowiednio Załącznik Nr .. do niniejszej umowy.

**§2**

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

### §3

1. Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt, o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy w terminie – **do 8 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, zaświadczenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi dostarczonej aparatury (po odbytym szkoleniu), założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń), oraz z kserokopią dokumentów, o których mowa w Załączniku Nr ... do niniejszej umowy potwierdzonych „za zgodność z oryginałem” - zostanie stwierdzone protokołem zdawczo – odbiorczym podpisanym przez Kierownika Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki, bezpośredniego użytkownika lub osobę upoważnioną oraz uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy.

### §5

Zamawiający zobowiązuje się do używania dostarczonego sprzętu zgodnie z jego przeznaczeniem i wymogami prawidłowej eksploatacji określonymi w instrukcji obsługi.

W okresie gwarancji koszty obowiązkowych przeglądów i usług serwisowych sprzętu wynikających z instrukcji obsługi w pełnej wysokości obciążają Wykonawcę.

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. Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 3 dni roboczych.

2. Dopuszcza się wydłużenie wymaganego czasu podjęcia naprawy pod warunkiem uzgodnienia tego z Zamawiającym.
3. Przyjęcie do użytkowania sprzętu po dokonanej naprawie lub usunięciu awarii dokonuje bezpośredni użytkownik, Kierownik Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki lub osoba przez niego wyznaczona na podstawie pisemnego protokołu.

### **§8**

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

### **§9**

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

### **§10**

1. Zapłata wynagrodzenia określonego w § 2 nastąpi na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Wykonawcę, po odbiorze przedmiotu umowy, potwierdzonym protokołem końcowym odbioru dostawy, o której mowa w § 4 ust 5 niniejszej umowy.
2. Zapłata wynagrodzenia za dostawę przedmiotu umowy nastąpi w formie polecenia przelewu w terminie do 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. W przypadku, gdy dzień zapłaty przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, to płatność nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po tym dniu.
3. W przypadku zwłoki w zapłacie wynagrodzenia za wykonany przedmiot umowy, Wykonawca może naliczyć odsetki w wysokości ustawowej.
4. Wykonawca gwarantuje, że 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 opóźnienia ponad terminy określone w § 3 umowy.
  - 3) w przypadku przekroczenia deklarowanego czasu przystąpienia do naprawy sprzętu lub osprzętu lub przekroczenia czasu naprawy określonego w § 7 ust. 1 umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,5% wartości brutto zamówienia określonej w § 2 ust. 3 umowy, za każdy dzień opóźnienia,
  - 4) Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę w wysokości 20% wartości brutto określonej w § 2 ust. 3 umowy w przypadku odstąpienia przez Wykonawcę od niniejszej umowy oraz w przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego na podstawie § 12 ust. 1 umowy.
2. Kara umowna płatna będą w ciągu 7 dni od daty wystawienia Wykonawcy noty obciążeniowej obejmującej naliczoną karę umowną, przy czym Zamawiający ma prawo potrącić 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 tej 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.

#### **§15**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z z 2015 r., poz. 2164) 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**